finalist al Premiului Pulitzer

ANDREW SOLOMON

DEMONUL AMIEZII

O anatomie a depresiei

BESTSELLER *NEW YORK TIMES*

NATIONAL BOOK AWARD

ebook HUMANITAS

Andrew Solomon s-a născut în 1963. Şi-a făcut studiile la Yale şi Cambridge. Trăieşte la New York şi Londra. Este doctor în psihologie şi scrie literatură de factură politică, culturală, psihologică şi de ficţiune. Apare în mod regulat – cu o largă şi diversificată sferă de subiecte despre depresie, artiştii sovietici, renaşterea culturală afgană, politica libiană şi altele – în *New Yorker*, *New York Times Magazine*, *Artforum*, *Travel and Leisure* şi în alte publicaţii. Cartea sa *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression* a câştigat în 2001 Premiul Naţional al Cărţii, în 2002 a figurat printre finalistele pentru Premiul Pulitzer, fiind inclusă în lista publicaţiei *The Times* a celor mai bune o sută de cărţi ale deceniului.

Opera: *The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost*, Alfred A. Knopf, New York, 1991; *A Stone Boat*, Faber & Faber, New York, 1994; *The Noonday Demon: An Anatomy of Depression*, Scribner, New York, 2001; *Far from the Tree: Parents, Children, and the Search for Identity*, Scribner, New York, 2012.

Andrew Solomon
The Noonday Demon: An Anatomy of Depression
Copyright © 2001, Andrew Solomon
All rights reserved.
Copyright © 2001, Andrew Solomon

Foto copertă: © Robert Semnic | Dreamstime.com
© Humanitas, 2014 (ediţia print)
© Humanitas, 2014 (ediţia digitală)

ISBN: 978-973-50-4491-6 (epub)

EDITURA HUMANITAS
Piaţa Presei Libere 1, 013701 Bucureşti, România
tel. 021/408 83 50, fax 021/408 83 51
www.humanitas.ro

Comenzi online: www.libhumanitas.ro
Comenzi prin e-mail: vanzari@libhumanitas.ro
Comenzi telefonice: 0372.743.382; 0723.684.194

ANDREW SOLOMON

DEMONUL AMIEZII

o anatomie a depresiei

Traducere din engleză de
Dana-Ligia Ilin

Prefață de
Mircea Cărtărescu

Cuprins

DEMONUL AMIEZII
- De profundis. Prefaţă de Mircea Cărtărescu
- Despre metodă
- I. Depresia
- II. Căderile psihice
- III. Tratamentele
- IV. Alternativele
- V. Categoriile de populaţie
- VI. Dependenţa
- VII. Sinuciderea
- VIII. Istoria
- IX. Sărăcia
- X. Politica
- XI. Evoluţia
- XII. Speranţa
- Bibliografie
- Mulţumiri

Tatălui meu,
care mi-a dat viaţă, nu o dată, ci de două ori

Toate sunt trecătoare. Chinuri, suferinţe, vărsări de sânge, molimă, foamete. Paloşul va pieri, dar stelele de pe cer vor dăinui şi atunci când jos, pe pământ, nu va mai rămâne nici măcar umbra noastră sau a înfăptuirilor noastre. Nu se află nimeni pe faţa pământului care să n-o ştie. Şi atunci de ce nu vrem să ne îndreptăm privirea spre stele? De ce?

Mihail Bulgakov, *Garda albă*[1]

1. The White Guard, p. 302 (Mihail Bulgakov, Garda albă, trad. de Alexandru Calaïs, Editura Univers, Bucureşti, 1996, p. 335).

De profundis
Prefaţă de Mircea Cărtărescu

Nimeni n-ar bănui, întâlnindu-l prima oară pe Andrew Solomon, că are în faţă un om care a trecut de mai multe ori prin infern, trăind săptămâni şi luni ca un condamnat din bolgiile danteşti, şi care reuşeşte să înfrunte fiecare zi a vieţii sale printr-o mare voinţă intelectuală, ajutată de un pumn de medicamente. Invitaţi acum doi-trei ani în eleganta sa reşedinţă newyorkeză, am fost introduşi de un valet într-o încăpere mai curând britanică, unde am aşteptat o vreme, privind obiectele de artă presărate pretutindeni, pentru ca până la urmă să ne găsim faţă-n faţă cu un personaj uimitor. Evident, bărbatul care, coborând o scară de lemn preţios, a dat mâna, zâmbind afabil, cu fiecare dintre noi, îşi greşise secolul. A fost primul meu gând: acest om nu e din aceeaşi realitate cu noi, sau mai bine zis realitatea sa personală e urzită dintr-o ţesătură aparte. I-ar fi stat foarte bine în Renaştere, ca aristocrat erudit care, trecut de vârsta de patruzeci de ani, capătă o umbră de melancolie pe faţă, răsfrântă şi asupra violetei gingaşe dintre degete. Încă şi mai bine, m-am gândit, privind bluza albă, brodată cu uriaşe flori roşii, pe care o purta, i-ar fi stat cândva, spre sfârşitul secolului al XIX-lea, printre dandy şi prerafaeliţi, corespondând cu Wilde cel închis la Reading pentru o vină inomabilă. Straniu sentiment: ni se părea că nu avem în faţă un om, ci un portret, luminos şi stilizat, în care ochii uşor exoftalmici şi gura feminină, ca şi atitudinea crispat-relaxată sunt surprinse cu subtilitate de un artist decadent. Am schimbat câteva cuvinte formale, cel din faţa noastră şi-a păstrat detaşarea puţin jucată, cred că ni s-au adus câteva dulciuri şi, poate, cafea, s-au încercat câteva linii de discuţie ceva mai intense la care nimeni n-a marşat prea tare…

De fapt, ne priveam, în acelaşi timp, drept în faţă şi pe furiş. Ni se vorbise despre Andrew Solomon ca despre o legendă: privindu-l, încercam să-i ascult povestea, alcătuită nu din cuvinte mai întâi, ci din tonuri de lumină şi din mici străluciri ale canavalei pe care era pictat. Nu ştiam atunci – a trebuit să-i citesc cartea ca să aflu – că aveam în faţă un om care încercase de toate, căruia nimic omenesc nu-i era străin, care supravieţuise Africii negre şi

pustiurilor de gheaţă de dincolo de cercul polar, care cunoscuse toate formele de amor şi toate nuanţele suferinţei umane, care-şi dereglase voit, asemenea lui Rimbaud, toate simţurile, care citise, asemenea lui Mallarmé, toate cărţile, care cartografiase, asemenea lui Lautréamont, toate iadurile minţii. Ne-am ridicat şi am suit în dining, masa a fost simplă şi inutil rafinată, servită de acelaşi valet care ne făcea să ne simţim în *The Remains of the Day*. Am vorbit despre copii, îmi amintesc, şi despre nu ştiu ce autor pe care-l ştiam bine. Andrew Solomon nu şi-a ieşit nici o clipă din rolul vag protector pe care şi l-a asumat din prima clipă, atenţia i-a fluctuat de la priviri aruncate peste capetele noastre la concentrare reală, suveica afabilităţii sale a alergat permanent dinspre polul convenţiei unei socializări uşoare către cel al unui strop (foarte preţios) de amiciţie şi simpatie, cum se şi cade la o primă întâlnire. Ne-a condus până la ieşire şi ne-am pomenit în lumina violentă a oraşului, confuzi, amestecând epocile, de parc-am fi ieşit dintr-o sală de cinema.

Am primit apoi, de la o prietenă bună, cartea sa *The Noonday Demon*, un atlas al depresiei, cum era subintitulată. Am citit-o cu o curiozitate ştiinţifică mai întâi, căci între preocupările mele compulsive s-au aflat întotdeauna fiziologia creierului şi filozofia conştiinţei. Foarte repede am înţeles că acest volum masiv, complex, structurat-destructurat, oferea mult mai mult. Am glisat curând către o lectură general-intelectuală, pasionantă prin nenumăratele faţete, făcute să strălucească pe rând, ale temei fundamentale a cărţii, pentru ca până la urmă să ajung să citesc scrierea lui Solomon (şi ea una care şi-a greşit şi îşi suprasolicită secolul) cu o pasiune estetică, aşa cum aş citi un roman. Toate aceste feţe ale lecturii sunt legitime în acest caz, fiindcă marea sinteză a depresiei, încercată şi, cred, deplin reuşită de Andrew Solomon, este în acelaşi timp un foarte serios şi documentat tratat de psihiatrie, o meditaţie filozofică asupra condiţiei şi limitelor umane şi o autobiografie romanescă a unui personaj a cărui exuberantă, epicureană bucurie de viaţă a fost umbrită de uriaşul soare negru al melancoliei. Avem de fapt în faţă o carte atipică, *off-beat* din orice punct de vedere ai privi-o, care reia în registru pe cât de grav, pe atât de familiar şi uneori (auto)ironic forma curioaselor tratate „preştiinţifice“, a acelor bucoavne exhaustive care se scriau în secolul al XVII-lea, pentru care este tipică uriaşa, confuza şi geniala scriere *Anatomia Melancoliei* a lui Robert Burton. Da, Andrew Solomon a scris şi el o anatomie modernă în care *the midday demon*, cumplitul diavol al depresiei despre care vorbeau Părinţii Bisericii gândindu-

se la urâtul de care erau cuprinşi călugării în schituri, apare în miile sale de feţe, tot atâtea câte are această boală îngrozitoare a sufletului.

Ajuns aici, trebuie s-o spun deschis: nu sunt cu adevărat demn să scriu această prefaţă, şi nu în primul rând din cauza limitelor mele intelectuale (*ne sutor ultra crepidam*). Ci pentru că, deşi ştiu din plin ce înseamnă durerea sufletească, deşi am simţit adânc, de-atâtea ori, disperarea de a nu fi iubit, de a nu putea scrie, de a îmbătrâni şi de a şti că nu mi-a mai rămas mult de trăit, de a fi fost insultat şi umilit, tristeţea neagră a remuşcărilor şi neputinţa de a da timpul înapoi, deşi nu sunt orb la culoarea nostalgiei, nici la a melancoliei, nici la a coşmarului, nici la a sentimentului de neputinţă şi ratare, totuşi nu sunt şi n-am fost niciodată un depresiv. Ştiu cum muşcă flacăra pe mâna goală, dar asta nu înseamnă că am habar de chinurile celui ars pe rug sau de oroarea flamelor negre, furioase, eterne, ce ard pe dinafară şi pe dinăuntru trupurile osândiţilor din Infern. De multe ori am simţit că mor de suferinţă sufletească, că aş fi fericit să dispar în clipa aceea ca să scap de tortură, totuşi niciodată n-am asociat această trăire cu o boală, n-am fost la medic şi nu am luat, întreaga viaţă, nici măcar o pastilă antidepresivă. Nu am întâlnit niciodată demonul amiezii faţă-n faţă, ci doar omenesc-prea-omeneştii săi mesageri.

Aşa încât nu pot spune cu adevărat că sunt în stare să înţeleg cartea lui Andrew Solomon până în miezul ei. Nu ştiu ce înseamnă să nu te poţi da jos din pat zile-n şir, să nu poţi mânca, să nu-ţi poţi trăi viaţa, măcinat de o durere endogenă nemărginită, care-ţi întunecă mintea şi-ţi ferfeniţeşte aura trupului. M-am gândit adeseori la lipsa de sens a existenţei, la teribilul nostru destin de fiinţe care trăiesc o clipă pe un fir de praf, dar n-am simţit decât arareori până-n adâncul inimii nimicnicia şi vremelnicia noastră. Uneori, nopţile, îmi amintesc că voi muri şi că nu voi mai fi niciodată, cât va dura veşnicia. Atunci sar în capul oaselor, acoperit de sudoare, şi mă cuprind o disperare şi-o teroare fără limite. Mi se rupe inima, gem şi strig după ajutor, dar apoi îmi spun, ca toţi oamenii de pe lumea asta, că n-are sens, că nu fac decât să-mi întunec viaţa. Mă culc la loc, cu genele umede, dar cu puterea de-a o lua a doua zi de la capăt. Aşa cum mă simt eu în acele minute de spaimă şi cutremurare cred că se simte depresivul patologic timp de săptămâni şi luni, clipă de clipă şi ceas de ceas, cât durează îngrozitoarele *breakdowns* – iar aşa nu se poate trăi. Pot spune deci că un cititor care n-a trecut prin depresia majoră va înţelege intelectual şi cumva poetic, metaforic ceea ce Solomon încearcă disperat să transmită, dar va fi mereu de partea cealaltă a

unui zid de sticlă.

Incomunicarea nu vine, în cazul acestui gen de relatări ale unor experienţe profund subiective, doar dinspre cititor. La rândul lui, autorul nu va putea exprima, oricât de talentat ar fi, inexprimabilul. Tristeţea, fericirea, îngrijorarea, durerea, sau măcar o banală durere de măsele – după faimosul exemplu al lui Wittgenstein – nu sunt cu adevărat comunicabile, cu atât mai puţin senzaţia de apocalipsă şi de iad pe pământ a celor loviţi de depresie. Cartea lui Andrew Solomon e plină de metafore. El ne poartă privirile de-a lungul peisajelor sale sufleteşti cum sunt purtate degetele orbilor de-a lungul trompei, colţilor, pântecelor şi picioarelor groase cât copacii, în speranţa că ei vor înţelege, în cele din urmă, ce este un elefant. Din fericire, aptitudinile literare ale autorului sunt cu totul remarcabile, la rândul lor neobişnuite şi ciudate însă. Solomon nu scrie ca autorii contemporani. Nici măcar nu urmează întotdeauna scriitorii clasici ai culturii noastre europo-americane. Asemenea colonelului Lawrence al Arabiei, el pare-a fi prins algoritmul scrierilor din Antichitatea greacă, tonul laconic şi judicios al unor Tucidide sau Xenofon, puterea lor de obiectivare şi taxinomia sentimentelor din operele lor. Metaforele prin care el defineşte depresia, de pildă asemănarea ei cu mersul pe sârmă la mare înălţime, creează un efect-tunel prin care neînţelesul şi ineluctabilul sutelor de feţe ale durerii morale pot ajunge la cititor.

Fiziologia, chimia, sociologia, etnologia, tratamentul şi istoricul depresiei sunt comprehensiv presărate de-a lungul întregii scrieri, dar fără-ndoială că aspectul cărţii care rămâne cel mai puternic în amintire este cel de autobiografie spirituală a autorului, povestea vieţii lui întreţesute indiscernabil cu tema depresiei. Această privire retrospectivă asupra vieţii unui personaj de o extremă complexitate morală nu e doar o confesiune, adevăratul termen ce trebuie folosit e *spovedanie*. E cu totul neobişnuit curajul cu care autorul se expune publicului, fără să evite mărturisiri de multe ori stânjenitoare, dezgustătoare sau chiar de-a dreptul amendabile moral despre sine însuşi. De la *Confesiunile* lui Rousseau şi de la *Mon cœur mis à nu* a lui Baudelaire, e greu să găseşti un exemplu mai flagrant de privire neiertătoare în urmă, de recuperare a unei vieţi aşa cum a fost, cu desfrâul şi cu înălţimea ei morală, cu pasiunea pentru cărţi şi pasiunea pentru trupuri, dar mai ales cu episoadele pustiitoare de depresie, înşirate de-a lungul ei ca nişte vertebre întunecate. Pe sutele de pagini ale acestei cărţi emoţionante şi revelatoare, se zugrăveşte până la urmă un portret al lui Dorian Gray care

răscumpără, prin convenţia totalei onestităţi, chipul neatins de vreme al modelului său.

Autorul nu este singurul personaj al cărţii. Cum nu există depresie, ci depresii, la fel de multe şi de diverse câţi depresivi există, Andrew Solomon a amalgamat în scrierea sa zeci de confesiuni ale unor suferinzi pe care-a ştiut să-i asculte cu discreţie şi înţelegere. Fiecare şi-a exprimat altfel şi a-ncercat să se elibereze altfel de insuportabilele chinuri. Sunt poveşti ale înfundării în alcool, în droguri, în violenţă, poveşti ale sinuciderii şi omorurilor. Prin această extindere a umanităţii din carte, ea devine un amplu roman, aproape dostoievskian, al suferinţei aproapelui nostru. Aş putea cita multe scene şi poveşti cu totul memorabile, dar nici una nu se compară cu marea scenă a cărţii, şi poate un *primum movens* al ei, sinuciderea mamei autorului, la capătul unei lungi lupte cu cancerul, înconjurată de familie, o moarte senină, demnă, exemplară, care dă scrierii sensul unei tragedii greceşti. De altfel, este evenimentul care avea să declanşeze prima criză de depresie majoră a fiului ei.

M-am simţit îmbogăţit interior parcurgând, pasionat, cartea lui Andrew Solomon. Mai mult decât ştiinţă şi mai mult decât literatură, ea este o mărturie despre suferinţă, o meditaţie despre scandalul etern al faptului că o conştiinţă trebuie să simtă durere şi să moară. Traducerea în limba română a acestei opere, nominalizată în anul publicării ei la premiul Pulitzer, trebuie privită drept ceea ce este cu adevărat: un eveniment.

Despre metodă

În ultimii cinci ani, viaţa mea s-a confundat cu scrierea acestei cărţi, şi uneori mi-e greu să refac traseul ideilor mele până la diferitele lor surse. Am încercat să semnalez toate influenţele în notele de la sfârşitul cărţii şi să nu abat atenţia cititorilor de la textul principal cu un potop de nume necunoscute lor şi cu jargonul tehnic. Le-am cerut subiecţilor să-mi permită să le folosesc numele din realitate, deoarece numele adevărate dau autoritate poveştilor adevărate. Într-o carte care-şi propune, printre altele, să înlăture povara stigmatului bolii mintale, este important să nu dai apă la moară acestei stigmatizări prin ascunderea identităţii persoanelor care suferă de depresie. Totuşi, am inclus relatări despre şapte persoane care au dorit să apară cu pseudonim şi care m-au convins că au pentru asta un motiv întemeiat. Ele apar în text ca Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver şi Fred Wilson. Nici una dintre aceste persoane nu are personalitate multiplă, şi m-am străduit să nu schimb nici un amănunt. Membrii Grupurilor de Sprijin pentru Tulburări de Personalitate (MDSG – *Mood Disorders Support Groups*) folosesc doar prenumele; ele au fost schimbate, pentru a respecta caracterul privat al întrevederilor. Toate celelalte nume sunt reale.

I-am lăsat pe bărbaţii şi pe femeile ale căror strădanii constituie subiectul principal al cărţii de faţă să-şi spună singuri povestea. Mi-am dat toată silinţa să obţin de la ei povestiri coerente, dar, în general, n-am verificat relatările lor despre sine. N-am insistat ca toate naraţiunile personale să fie strict liniare.

Am fost întrebat adesea cum mi-am găsit subiecţii. Aşa cum arăt în partea cu mulţumirile, mai mulţi profesionişti m-au ajutat să iau legătura cu pacienţii lor. În viaţa mea obişnuită, am întâlnit enorm de mulţi oameni care, când au auzit de subiectul de care mă ocup, s-au oferit să-mi spună cu belşug de amănunte poveştile lor, unele dintre ele absolut fascinante, care, în cele din urmă, au devenit surse. În 1998, am publicat un articol despre depresie în *The New Yorker*,[2] iar în lunile următoare am primit peste o mie de scrisori. Graham Greene a spus cândva: „Mă întreb uneori cum pot cei care nu scriu, nu compun sau nu pictează să se ferească de nebunia, melancolia, panica

inerente faptului de a fi om.“[3] Cred că el a subestimat enorm numărul de oameni care scriu, într-un fel sau altul, pentru a-şi alina melancolia şi panica. Răspunzând la şuvoiul de scrisori, i-am întrebat pe unii dintre cei care-mi mărturiseau lucruri deosebit de emoţionante dacă ar vrea să dea interviuri pentru această carte. În plus, au fost numeroase conferinţe pe care le-am ţinut eu sau la care am participat, unde am întâlnit beneficiari ai tratamentelor pentru probleme mintale.

Nu m-am mai ocupat niciodată de vreun subiect despre care atât de mulţi oameni să aibă atât de multe de spus, nici de vreun subiect despre care atât de mulţi oameni să-mi spună mie atât de multe. Este extrem de uşor să aduni materiale despre depresie. În cele din urmă, mi-am dat seama că lucrul care lipseşte din domeniul studiilor despre depresie e sinteza. Ştiinţele, filozofia, dreptul, psihologia, literatura, arta, istoria şi multe alte discipline s-au ocupat independent de problema depresiei. Atât de multe lucruri interesante li se întâmplă atât de multor oameni interesanţi şi atât de multe lucruri interesante sunt rostite şi publicate – că e haos în împărăţie. Primul obiectiv al cărţii de faţă este empatia; cel de-al doilea, pe care mi-a fost mult mai greu să-l îndeplinesc, este ordinea: o ordine bazată cât mai mult posibil pe empirism, nu pe generalizări radicale, izvorâte din anecdote luate la întâmplare.

Trebuie să subliniez că nu sunt medic ori psiholog, nici măcar filozof. Aceasta e o carte extrem de personală şi nu trebuie socotită mai mult decât atât. Cu toate că am oferit explicaţii şi interpretări ale unor idei complexe, cartea de faţă nu are scopul de a înlocui tratamentul adecvat.

Pentru uşurinţa lecturii, n-am folosit punctele de suspensie sau parantezele în citatele din surse scrise sau orale acolo unde am crezut că termenii omişi sau adăugaţi n-ar schimba substanţial înţelesul; cine vrea să se refere la acele surse va trebui să meargă la versiunile originale, care sunt catalogate la sfârşitul cărţii. De asemenea, am evitat folosirea lui [*sic!*] în capitolul 8, în care sursele istorice folosesc grafii ieşite din uz. Citatele la care nu dau identificarea sunt din interviurile mele, cea mai mare parte dintre ele desfăşurate între 1995 şi 2001.

Am folosit statisticile care se bazează pe studii bine fundamentate şi care se coroborează cel mai bine cu statistici reproduse pe larg sau citate frecvent. În general, am constatat că statisticile din acest domeniu sunt inconsecvente şi că mulţi autori aleg statistici pentru a crea un ansamblu atractiv, în sprijinul unor teorii care existau deja. De exemplu, am găsit un studiu foarte important, care arăta că persoanele depresive care abuzează de medicamente

le aleg aproape totdeauna pe cele stimulante; şi alt studiu, la fel de convingător, care demonstra că persoanele depresive care abuzează de medicamente aleg invariabil opiaceele. Mulţi autori îşi iau din statistici un aer aproape respingător de invincibilitate, ca şi cum, dacă arăţi că un lucru se petrece de 82,37 la sută de ori este mai palpabil şi mai adevărat decât dacă arăţi că se petrece cam de trei din patru ori. Ştiu din experienţă că numerele exacte sunt cele care mint. Chestiunile pe care le descriu ele nu pot fi definite chiar atât de limpede. Cea mai corectă afirmaţie care se poate face în privinţa frecvenţei depresiei este că ea apare des şi, direct sau indirect, afectează viaţa tuturor.

Mi-e greu să scriu fără părtinire despre companiile farmaceutice, întrucât în cea mai mare parte a vieţii mele de adult tata a lucrat în domeniul farmaceutic, ca urmare am cunoscut multă lume din acest domeniu de activitate. În acest moment, e la modă să blamezi industria farmaceutică – fiind cea care profită de pe urma bolnavilor. Din câte ştiu eu, oamenii din acest domeniu sunt atât capitalişti, cât şi idealişti – dornici de profit, dar şi optimişti că munca lor poate fi folositoare lumii, că ea poate face cu putinţă descoperiri importante, care să trimită în uitare anumite boli de pe pământ. Fără companiile care au sponsorizat cercetările n-am avea acum inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI), antidepresivele care au salvat atât de multe vieţi. Mi-am dat toată silinţa să scriu limpede despre această industrie, în măsura în care este parte a istoriei acestei cărţi. După experienţa cu depresia mea, tata şi-a extins compania în domeniul antidepresivelor. Compania sa, Forest Laboratories,[4] este acum cea care distribuie în SUA celexa. Pentru a evita orice conflict de interese explicit, n-am menţionat produsul, în afară de cazurile în care omiterea lui ar fi fost ostentativă sau ar fi indus în eroare.

Mi s-a pus adesea întrebarea, aşa cum am arătat în cartea de faţă, dacă scrisul a fost cathartic. N-a fost. Experienţa mea se aseamănă cu a altora care au scris despre acest domeniu.[5] Să scrii despre depresie e un lucru dureros, trist, solitar şi stresant. Cu toate acestea, ideea că fac ceva care le-ar putea fi util altora mi-a insuflat putere; iar cunoştinţele acumulate mi-au fost de folos. Sper că va fi clar că principala plăcere a acestei cărţi este plăcerea literară a comunicării, nu eliberarea terapeutică adusă de autoexprimare.

Am început să scriu despre depresia mea; apoi, despre depresiile similare ale altora; şi, în cele din urmă, despre depresie în cu totul alte contexte. Am inclus în această carte trei povestiri din afara lumii industrializate. Am inclus

povestea întâlnirii mele cu oameni din Cambodgia, Senegal şi Groenlanda, pentru a încerca să contrabalansez unele dintre ideile despre depresie specifice din punctul de vedere al culturii la care s-au limitat multe dintre studiile din acest domeniu. Incursiunile mele în locuri necunoscute au fost aventuri cu o undă de exotism, şi n-am înlăturat tonul de basm al acestor întâlniri.

Depresia, sub diferite nume şi înfăţişări, este şi a fost totdeauna omniprezentă din motive biochimice şi sociale. Cartea de faţă se străduieşte să capteze amploarea temporală şi geografică a depresiei. Dacă pare uneori că depresia e suferinţa proprie claselor mijlocii occidentale moderne este din cauză că, în această comunitate, dobândim acum, dintr-odată, noi modalităţi rafinate pentru a identifica, a numi, a trata şi a accepta depresia – şi nu din cauză că am avea vreun drept special la suferinţa însăşi. Nici o carte nu poate acoperi amploarea suferinţei omeneşti, însă trag nădejdea că, prin indicarea acestei amplori, voi ajuta la eliberarea unor bărbaţi şi femei care suferă de depresie. Nu putem niciodată să eliminăm toată nefericirea, iar ameliorarea depresiei nu asigură fericirea, dar cunoştinţele din această carte nădăjduiesc să ajute la eliminarea durerii în cazul unora.

Note

2. Articolul din The New Yorker, cu titlul Anatomy of Melancholy, a apărut în numărul din 12 ianuarie 1998.

3. Citatul din Graham Greene este din Ways of Escape, p. 285.

4. Compania tatălui meu este Forest Laboratories. N-a fost implicată în crearea medicamentului celexa, cu toate că a lucrat la producerea enantiomerului lui.

5. Kay Redfield Jamison, Martha Manning şi Meri Danquah se numără printre autorii care au dezbătut toxicitatea acestui subiect.

I
Depresia

Depresia[6] este punctul nevralgic al iubirii. Pentru a fi făpturi care iubesc, trebuie să fim făpturi care pot cădea pradă disperării din cauza unei pierderi, iar depresia e mecanismul acelei disperări. Când se instalează, degradează eul şi, în cele din urmă, eclipsează capacitatea de a da ori de a primi afecţiune. E lăuntrica noastră singurătate manifestă. Ea distruge nu numai legătura cu ceilalţi, ci şi capacitatea de a fi împăcat când eşti doar cu tine însuţi. Iubirea, chiar dacă nu are rolul de a ne păzi de depresie, este ceea ce protejează mintea şi o apără de sine. Medicamentele şi psihoterapia pot să regenereze această protecţie, făcând să fie mai uşor să iubeşti şi să fii iubit, şi de aceea dau roade. Când sunt în dispoziţie bună, unii se iubesc pe ei înşişi, unii îi iubesc pe alţii, unii iubesc munca, iar unii îl iubesc pe Dumnezeu: oricare dintre aceste obiecte ale pasiunii poate furniza acel sens vital al scopului, care este opusul depresiei. Iubirea uită din când în când de noi, iar noi uităm de iubire. În depresie, devine de la sine înţeles lipsa de scop a oricărei iniţiative şi a fiecărei emoţii, lipsa de sens a vieţii înseşi. Singurul sentiment ce rămâne în această stare lipsită de iubire este lipsa de importanţă.

Viaţa e împovărată de mâhnire: indiferent ce facem, în cele din urmă murim; fiecare dintre noi e prizonierul singurătăţii într-un corp de sine stătător; timpul trece, iar ceea ce a fost nu va mai fi nicicând. Durerea este prima trăire a neputinţei în faţa lumii şi nu ne părăseşte niciodată. Suntem supăraţi să am fost smulşi din pântecul cel confortabil şi, de îndată ce supărarea se stinge, îi ia locul suferinţa. Chiar şi cei cărora credinţa le făgăduieşte că va fi cu totul altfel pe lumea cealaltă nu pot să nu simtă nelinişte pe lumea asta; Hristos însuşi a fost un om al mâhnirii. Şi totuşi, trăim într-o vreme în care sunt din ce în ce mai multe paliative; este mai uşor ca oricând să hotărăşti ce să simţi şi ce să nu simţi. În viaţă, este din ce în ce mai puţină neplăcere inevitabilă pentru cei care au mijloacele s-o evite. Dar, în ciuda afirmaţiilor entuziaste ale ştiinţei farmaceutice, depresia nu poate fi eliminată câtă vreme suntem făpturi conştiente de sine. În cel mai bun caz, poate fi limitată – şi limitarea este tot ce intenţionează să facă tratamentele

actuale pentru depresie.

Discursul foarte politizat a estompat distincţia dintre depresie şi consecinţele ei – distincţia dintre cum te simţi şi cum acţionezi ca reacţie la acest lucru. Acesta e, parţial, un fenomen social şi medical, dar este şi rezultatul capriciilor lingvistice legate de capriciile emoţionale. Poate că depresia poate fi descrisă cel mai bine ca durere emoţională care ne ia în stăpânire fără voia noastră, şi apoi se eliberează de împrejurările exterioare. Depresia nu este doar multă durere; prea multă durere însă se poate transforma în depresie. Suferinţa psihică este depresie proporţională cu împrejurările; depresia este suferinţă psihică disproporţionată faţă de circumstanţe. Este o suferinţă ca buruiana rostogolită de vânt, care se hrăneşte cu aer, crescând în ciuda desprinderii de pământul hrănitor. Nu poate fi descrisă decât prin metafore şi alegorii. Sfântul Antonie,[7] aflat în deşert, când a fost întrebat cum îi deosebeşte pe îngerii care vin la el umili de diavolii care vin sub înfăţişări strălucitoare, a spus că după felul în care te simţi după ce au plecat. Când te-ai despărţit de un înger te simţi întărit de prezenţa lui; după ce a plecat un diavol simţi oroare. Suferinţa psihică e un înger umil care te lasă cu gânduri puternice, limpezi şi cu sentimentul propriei profunzimi. Depresia e un diavol care te lasă îngrozit.

Depresia a fost împărţită, în linii mari, în depresie uşoară (moderată sau distimică) şi gravă (majoră). Depresia uşoară – treptată şi, uneori, permanentă – subminează oamenii asemenea ruginii ce roade fierul. Suferinţa psihică e prea mare, iar pricina e prea măruntă – durere ce domină celelalte afecte şi le alungă. O asemenea depresie ia temporar în stăpânire trupul pornind de la pleoape şi muşchii care ţin dreaptă coloana vertebrală. Îţi vatămă inima şi plămânii, determinând îngreunarea mai mult decât ar trebui a contracţiilor musculare involuntare. Asemenea durerii fizice devenite cronice, e cumplită nu atât din cauză că e insuportabilă pe moment, ci deoarece e insuportabil s-o fi simţit în clipele care au trecut şi să nu te aştepţi la altceva decât s-o simţi în clipele care vor veni. Timpul prezent al depresiei moderate nu prevede nici o atenuare, căci pare familiară.

Virginia Woolf a scris despre această stare cu o limpezime stranie: „Jacob s-a dus la fereastră şi a stat acolo cu mâinile în buzunare. De acolo a văzut trei greci în fustanelă, catargele vapoarelor, oameni leneşi sau ocupaţi din clasele umile hoinărind sau păşind sprinten ori adunându-se în grupuri şi gesticulând. Nu indiferenţa lor faţă de el era cauza melancoliei lui Jacob, ci o convingere mai profundă – nu faptul că se întâmpla ca el să fie singuratic, ci

că toţi oamenii sunt astfel.“ În aceeaşi carte, *Jacob’s Room*, autoarea povesteşte cum „În suflet i s-a furişat o curioasă tristeţe, de parcă timpul şi eternitatea transpăreau prin fuste şi jiletci, şi ea vedea oamenii cum se îndreaptă în mod tragic spre pieire. Dar, Dumnezeu ştie, Julia nu era o neghioabă.[8]“ Această conştienţă acută a efemerităţii şi a limitării este miezul depresiei moderate. După multă vreme în care oamenii pur şi simplu s-au învăţat să se descurce cu depresia moderată, ea este din ce în ce mai mult obiectul unui tratament, doctorii trudindu-se să se ocupe de diversitatea ei.

Depresia majoră este materia căderilor psihice. Dacă ne închipuim un suflet de fier pe care-l erodează suferinţa psihică şi-l rugineşte depresia moderată, atunci depresia majoră este prăbuşirea înspăimântătoare a unei întregi structuri. Există două tipuri ale depresiei: cel dimensional şi cel categorial. Conform celui dimensional, depresia se află în continuitatea tristeţii şi reprezintă versiunea extremă a ceva simţit şi cunoscut de oricine. Cel categorial descrie depresia ca boală complet separată de alte afecte, cam aşa cum un virus stomacal este complet diferit de indigestia acidă. Ambele sunt adevărate. Mergi pe o cale progresivă sau pe declanşarea bruscă a afectului şi ajungi într-un loc cu adevărat diferit. E nevoie de timp ca să se prăbuşească o clădire cu structura din fier care rugineşte, însă rugina preface necontenit solidul în praf, subţiindu-l, golindu-l de substanţă. Căderea psihică, oricât de bruscă ar putea părea, e consecinţa cumulativă a deteriorării. Cu toate acestea, este un caz foarte spectaculos şi vizibil diferit. Trece multă vreme între prima ploaie şi momentul în care rugina a răzbătut printr-un stâlp de fier. Uneori, ruginirea este în puncte atât de importante, încât prăbuşirea pare totală, dar, de cele mai multe ori, e parţială: o secţiune se prăbuşeşte, loveşte altă secţiune, modifică echilibrul în mod spectaculos.

Nu-i plăcut să simţi deteriorarea, să te trezeşti expus ravagiilor unei ploi aproape zilnice şi să ştii că eşti pe cale să devii ceva fragil, că din ce în ce mai mult din tine o să zboare la prima pală puternică de vânt, diminuându-te mereu. Unii acumulează mai multă rugină ca alţii. Depresia începe banal, învăluie zilele într-o culoare cenuşie, slăbeşte acţiunile obişnuite, până ce formele lor explicite sunt umbrite de efortul pe care-l necesită, te lasă ostenit, şi plictisit, şi obsedat de propriul tău eu – dar poţi răzbi prin toate astea. Poate că nu cu succes, dar poţi răzbi. Nimeni n-a izbutit încă să definească punctul de colaps care marchează depresia majoră, însă, când ajungi acolo, nu prea ai cum să te înşeli.

Depresia majoră este o naştere şi o moarte: e atât prezenţa nouă a ceva, cât

şi dispariţia totală a ceva. Naşterea şi moartea sunt treptate, cu toate că documentele oficiale încearcă să prindă legea firii în categorii ca „declarat decedat“[9] şi „născut la termen“. În ciuda capriciilor naturii, există cu siguranţă o etapă în care un prunc care n-a fost în lume este în ea şi o etapă în care un pensionar care a fost în lume nu mai este în ea. E adevărat că, într-o fază, capul pruncului e aici, iar corpul nu; că, atâta vreme cât cordonul ombilical nu e tăiat, copilul e legat fizic de mamă. E adevărat că pensionarul poate să-şi închidă pentru ultima oară ochii cu câteva ore înainte de a muri şi că există un decalaj între momentul în care nu mai răsuflă şi cel în care este declarat în „moarte cerebrală“. Depresia există în timp. Un pacient poate spune că au trecut câteva luni de când suferă de depresie majoră, dar acesta e un fel de a impune o măsură unui lucru nemăsurabil. Tot ce poţi spune cu adevărat ca sigur este că ai avut depresie majoră şi că se întâmplă – sau nu – s-o simţi în orice moment din prezent.

Naşterea şi moartea care alcătuiesc depresia se produc deodată. M-am întors, nu demult, într-o pădure în care mă jucam în copilărie şi am văzut un stejar, în măreţia lui de un veac, la umbra căruia mă jucam cu fratele meu. În douăzeci de ani, o viţă uriaşă se agăţase de copacul sigur pe sine şi aproape că-l sufocase. Era greu de spus unde dispărea copacul şi unde începea viţa. Viţa se răsucise atât de iscusit peste eşafodajul crengilor, încât frunzele ei păreau, de departe, să fie frunzele copacului; doar de aproape puteai vedea cât de puţine crengi vii ale stejarului mai rămăseseră şi că nişte lăstari disperaţi de stejar se iţeau, urcând pe trunchiul masiv ca un şirag de degete mari ale mâinii, cu frunzele continuându-şi fotosinteza în felul ignorant al biologiei mecanice.

De-abia scăpat dintr-o depresie majoră, în care nu prea aveam disponibilitate pentru gândul la problemele altora, m-am identificat cu acel copac. Depresia crescuse pe mine ca viţa care cucerise copacul; mă secătuia şi se înfăşurase în jurul meu, hâdă, mai vie decât mine. Avusese o viaţă proprie care, puţin câte puţin, asfixiase toată viaţa din mine. În cea mai grea fază a depresiei majore, aveam stări de spirit despre care ştiam că nu sunt ale mele: îi aparţineau depresiei, aşa cum frunzele de pe crengile din vârful acelui copac erau ale viţei. Când am încercat să mă gândesc limpede la asta, am simţit că mintea îmi este întemniţată, că nu se poate desfăşura în nici o direcţie. Ştiam că soarele răsare şi apune, dar că puţin ajunge la mine din lumina lui. Simţeam că mă încovoi sub ceva mult mai puternic decât mine; mai întâi, nu mi-am putut folosi gleznele, după care nu mi-am mai putut

controla genunchii, şi apoi mijlocul a început să se frângă sub povară, iar umerii mi s-au gârbovit şi, în cele din urmă, m-am pomenit ghemuit, în poziţia fetală, sleit de acel lucru care mă strivea fără să mă susţină. Cârceii lui ameninţau să-mi spulbere mintea, şi curajul, şi hotărârea, să-mi sfărâme oasele şi să-mi sece trupul. Se tot înfrupta lacom din mine, când părea că n-a mai rămas nimic care să-l hrănească.

Nu eram destul de puternic ca să mă opresc din respirat. Am ştiut atunci că n-am să pot ucide niciodată această viţă a depresiei, aşa că tot ce voiam era ca ea să mă lase să mor. Dar îmi luase energia de care aş fi avut nevoie ca să mă sinucid, şi nu mă ucidea. Chiar dacă trunchiul meu putrezea, lucrul ăsta care se hrănea din el era de-acum prea puternic ca să-l lase să cadă; devenise un suport alternativ pentru ceea ce distrusese. În colţul cel mai ascuns al patului meu, sfâşiat şi devastat de acest lucru ce părea invizibil oricui altcuiva, mă rugam la un Dumnezeu în care nu crezusem niciodată de-a binelea şi ceream izbăvirea. Aş fi fost bucuros să mor de cea mai dureroasă moarte, cu toate că eram prea cufundat în letargie ca să pot măcar să mă gândesc la sinucidere. Fiecare secundă trăită mă chinuia. Din pricină că lucrul ăsta secase totul din mine, nu puteam nici măcar să plâng. Gura îmi era, şi ea, uscată. Crezusem că atunci când te simţi cel mai rău te podidesc lacrimile, dar suferinţa cea mai rea e suferinţa aridă a pângăririi totale, care vine după ce ţi-au secat lacrimile, suferinţă ce blochează orice spaţiu prin care măsurai înainte lumea, sau lumea te măsura pe tine. Aceasta e prezenţa depresiei majore.

Am spus că depresia e deopotrivă naştere şi moarte. Viţa este ceea ce se naşte. Moartea este propria deteriorare, trosnetul crengilor care suportă acest supliciu. Primul lucru care dispare e fericirea. Nu te mai poţi bucura de nimic.[10] E simptomul esenţial al depresiei. Curând însă, alte afecte urmează fericirea pe calea uitării: tristeţea aşa cum o ştiai, tristeţea ce pare să te fi condus aici; simţul umorului; credinţa în iubire şi capacitatea de a iubi. Mintea ţi-o simţi tratată cu leşie, încât îţi pari ţie însuţi năuc. Dacă ai avut totdeauna părul rar, ţi se pare şi mai rar; dacă ai avut totdeauna probleme de piele, ele se agravează. Chiar şi ţie ţi se pare că miroşi a acru. Nu mai poţi să ai încredere în cineva, să fii atins, să plângi. În cele din urmă, îţi devii pur şi simplu absent ţie însuţi.

Poate că ceea ce e prezent uzurpă ceea ce devine absent, şi poate că absenţa lucrurilor derutante dezvăluie ceea ce este prezent. Oricum ar fi, eşti mai puţin decât tine însuţi şi te afli în ghearele unui lucru străin. De prea multe ori tratamentele vizează doar jumătate din problemă: se concentrează

doar pe prezenţă sau doar pe absenţă. E nevoie şi de tăierea celor câteva sute de kilograme în plus ale viţei, şi de refamiliarizarea cu reţeaua de rădăcini şi cu tehnicile de fotosinteză. Terapia medicamentoasă consumă viţa. Simţi cum se petrece totul, cum medicamentele par să otrăvească parazitul, care se ofileşte bucată cu bucată. Simţi că greutatea piere, simţi cum ramurile îşi recapătă o mare parte din arcuirea firească. Până ce nu scapi de viţă, nu te poţi gândi la ceea ce s-a pierdut. Dar, chiar dacă viţa a căzut, mai poţi avea puţine frunze şi rădăcini superficiale, iar reclădirea sinelui nu se poate face cu nici un medicament existent în prezent. Când dispare povara viţei, frunzuliţele împrăştiate pe scheletul copacului devin indispensabile pentru hrănirea esenţială. Dar acest lucru nu este o modalitate bună de a fi. Nu este o modalitate trainică de a fi. Pentru reclădirea sinelui în timpul depresiei şi după depresie, este nevoie de iubire, intuiţie, muncă şi, mai mult ca orice, de timp.

Diagnosticarea este la fel de complicată ca boala. Pacienţii îi întreabă tot timpul pe doctori: „Am depresie?“, de parcă rezultatul s-ar afla într-o analiză de sânge concludentă. Singura modalitate de a afla dacă ai sau nu depresie este să te asculţi şi să te observi pe tine însuţi, să-ţi percepi sentimentele şi apoi să te gândeşti la ele. Dacă în cea mai mare parte a timpului te simţi rău fără vreun motiv, ai depresie. Dacă în cea mai mare parte a timpului te simţi rău cu motiv, ai tot depresie, dar să acţionezi asupra motivelor poate fi o cale de progres mai bună decât să nu te atingi de împrejurări şi să combaţi depresia. Dacă depresia te face inapt, atunci e majoră. Dacă este doar moderat perturbantă, nu este majoră.

Biblia psihiatriei – *Diagnostic and Statistic Manual*, ediţia a patra (*DSM-IV*) – defineşte inadecvat depresia drept prezenţă a patru sau mai multe simptome dintr-o listă de nouă. Problema cu definiţia e că-i complet arbitrară. Nu există nici un motiv special să califici cinci simptome ca formând depresia; patru simptome sunt mai mult sau mai puţin depresie; iar cinci simptome sunt mai puţin grave decât şase. Până şi un simptom e neplăcut. Dacă ai versiuni uşoare din toate simptomele poate fi o problemă mai mică decât dacă ai versiuni severe din două. După ce află diagnosticul, cei mai mulţi oameni caută cauzele, în ciuda faptului că a şti de ce eşti bolnav nu are nici o influenţă nemijlocită asupra tratării bolii.

Boala minţii este boală reală. Ea poate avea efecte grave asupra corpului. Celor care se duc la cabinetul doctorului lor plângându-se de crampe la stomac li se spune adesea: „Păi, n-ai nimic, în afară de faptul că eşti

depresiv!“ Depresia, dacă e suficient de gravă ca să provoace crampe la stomac, este, de fapt, un lucru care te prejudiciază cu adevărat şi necesită tratament. Dacă te duci să te plângi că ai probleme cu respiraţia, nimeni nu-ţi zice: „Păi, n-ai nimic, în afară de faptul că ai emfizem!“ Pentru persoana care suferă de probleme psihosomatice, acestea sunt la fel de reale precum crampele la stomac ale cuiva cu intoxicaţie alimentară. Ele există în creierul inconştient, şi adesea creierul trimite stomacului mesaje improprii, aşa încât există şi acolo. Diagnosticul – dacă e ceva necorespunzător cu stomacul sau cu apendicele sau cu creierul tău – contează la stabilirea tratamentului, şi nu e lipsit de însemnătate. În ceea ce priveşte organele, creierul este unul foarte important, iar funcţionarea lui defectuoasă trebuie îndreptată corespunzător.

Se apelează adesea la chimie pentru a vindeca ruptura dintre trup şi suflet. Uşurarea pe care o arată oamenii când un doctor spune că depresia lor este „de natură chimică“ se bazează pe credinţa că există un eu organic dincolo de timp, ca şi pe separarea fictivă a durerii provocate direct de cea total aleatorie. Expresia *de natură chimică* pare să reducă sentimentele de responsabilitate pe care le au oamenii faţă de nemulţumirea accentuată provocată de o muncă neplăcută, grijile legate de îmbătrânire, eşecul în dragoste, ura faţă de rude. Expresia *de natură chimică* a fost pusă în legătură cu o confortabilă eliberare de vinovăţie. Dacă creierul îţi este predispus la depresie, nu trebuie să te învinovăţeşti pentru asta. Mă rog, te poţi învinui pe tine sau evoluţia bolii, dar aminteşte-ţi că însăşi învinovăţirea poate fi privită ca proces chimic, iar fericirea este, şi ea, de natură chimică. Chimia şi biologia nu sunt doar chestiuni care afectează eul „real“; depresia nu poate fi separată de persoana pe care o afectează. Tratamentul nu ameliorează perturbarea identităţii, aducându-te înapoi la un soi de normalitate; el readaptază o identitate multiplă, schimbând în mică măsură ceea ce eşti.

Oricine a participat la ore de ştiinţe în liceu ştie că oamenii sunt făcuţi din substanţe chimice şi că studiul acestor substanţe şi al structurilor în care sunt configurate se numeşte biologie. Tot ce se petrece în creier are manifestări şi surse chimice. Dacă închizi ochii şi te gândeşti intens la urşi polari, aceasta are un efect chimic asupra creierului tău. Dacă alegi să te opui evaziunii fiscale în cazul câştigurilor de capital, asta are un efect chimic asupra creierului tău. Când îţi aminteşti un episod din viaţa ta, o faci prin intermediul proceselor chimice complexe ale memoriei. Traumele din copilărie şi neajunsurile ulterioare pot să modifice reacţiile chimice cerebrale. Mii de reacţii chimice sunt implicate când hotărăşti să citeşti această carte, când o iei

în mâini, când priveşti formele literelor de pe pagină, când scoţi un înţeles din acele forme şi când ai reacţii intelectuale şi afective la ceea ce transmit ele. Dacă vremea te face să ieşi din ciclul unei depresii şi să te simţi mai bine, modificările chimice nu sunt mai puţin speciale şi complexe decât cele declanşate de luarea de antidepresive. Exteriorul determină lăuntricul la fel de mult pe cât lăuntricul plăsmuieşte exteriorul. Cât de neatrăgătoare e ideea că, pe lângă toate celelalte confinii care sunt înceţoşate, ceţoase sunt şi hotarele care ne fac să fim noi înşine! Nu există parte esenţială a eului care să zacă pură ca un filon de aur sub haosul experienţei şi al reacţiilor chimice. Orice poate fi schimbat, şi trebuie să privim organismul omenesc ca pe o secvenţă de eu-uri ce pier unul în faţa altuia sau se aleg unul pe altul. Şi totuşi, limbajul ştiinţei, folosit la instruirea medicilor şi, din ce în ce mai mult, în scrierile şi conversaţiile neacademice, e ciudat de capricios.

Rezultatele cumulate ale efectelor chimice din creier nu sunt înţelese prea bine. De exemplu, în ediţia din 1989 a manualului standard *Comprehensive Textbook of Psychiatry*[11] găsim această formulă folositoare: punctajul depresiei este echivalent cu nivelul de 3-metoxi-4-hidroxifenilglicol (un compus care se găseşte în urina tuturor oamenilor şi aparent nu este afectat de depresie); minus nivelul acidului 3-metoxi-4-hidroximandelic; plus nivelul norepinefrinei; minus nivelul normetanefrinei plus nivelul metanefrinei, suma lor fiind împărţită la nivelul acidului 3-metoxi-4-hidroximandelic; plus o variabilă de conversie nespecificată; sau, cum spune *CTP*: „Punctaj de tip D = C1 (MHPG) – C2 (VMA) + C3 (NE) – C4 (NMN + MN)/VMA + C0.“ Punctajul ar trebui să fie între unu, la pacienţii unipolari, şi zero, la cei bipolari, aşa încât, dacă îţi dă alt rezultat, ai greşit. Cât de mult te pot lămuri astfel de formule? Cum ar *putea* să se aplice unui lucru atât de nebulos ca starea de spirit? Este greu de stabilit în ce măsură o anumită trăire a dus la o anumită depresie; nu putem explica nici prin ce procese chimice ajunge cineva să reacţioneze prin depresie la circumstanţele externe; şi nici nu putem lămuri ce anume face un om să fie esenţialmente depresiv.

Cu toate că presa curentă şi industria farmaceutică descriu depresia ca pe o boală cu efect unic, cum este diabetul, ea nu este aşa. De fapt, este izbitor de diferită de diabet. Diabeticii produc insuficientă insulină, şi diabetul este tratat prin creşterea şi stabilizarea nivelului insulinei din fluxul sangvin. Depresia *nu* e consecinţa nivelului redus a ceva măsurabil în prezent. Creşterea nivelului serotoninei din creier declanşează un proces care, în cele din urmă, ajută multe persoane depresive să se simtă mai bine, dar *nu* pentru

că au un nivel anormal de scăzut de serotonină. În plus, serotonina *nu* are efecte salutare imediate. Poţi pompa câţiva litri de serotonină în creierul unei persoane depresive, asta n-o să-l facă pe dată să se simtă nici un pic mai bine, însă creşterea susţinută, pe termen lung, a nivelului serotoninei are efecte ce ameliorează simptomele depresive. „Sunt depresiv, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“ este o frază echivalentă cu „Sunt ucigaş, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“ sau cu „Sunt inteligent, dar nu-i decât o chestie legată de chimie“. Totul la o persoană e legat de chimie, dacă vrei să gândeşti în aceşti termeni. „Poţi să zici că-i «doar de natură chimică»“, spune Maggie Robbins, care suferă de boala maniaco-depresivă. „Eu zic că nimic nu-i «doar» de natură chimică.“ Soarele străluceşte, şi asta-i tot legat de natura chimică, şi legat de natura chimică e şi faptul că pietrele sunt tari şi că marea e sărată, şi că unele după-amiezi de primăvară au în adierile lor un soi de nostalgie ce răscoleşte inima, stârnind doruri şi închipuiri pe care le-a ţinut adormite zăpada unei ierni lungi. „Chestia asta cu serotonina“, spune David McDowell de la Universitatea Columbia, „face parte din neuromitologia modernă.“ E un ansamblu influent de poveşti.

Realitatea internă şi cea externă există ca un continuum. Ceea ce se întâmplă, felul în care înţelegi că s-a întâmplat şi felul în care reacţionezi la faptul că se întâmplă – sunt, de obicei, legate între ele, dar nici unul nu prezice ceva despre celelalte. Dacă realitatea însăşi este adesea un lucru relativ, iar eul este într-o stare de curgere permanentă, trecerea de la o stare de spirit moderată la una extremă este un glissando. Prin urmare, boala este o stare de spirit extremă, şi putem descrie în mod rezonabil afectul ca pe o formă moderată de boală. Dacă toţi ne-am simţi tot timpul minunat (dar nu cu sindrom maniacal delirant), am putea face mai multe şi am trăi mai fericiţi pe pământ, dar această idee e dătătoare de fiori şi îngrozitoare (cu toate că, desigur, dacă ne-am simţi minunat tot timpul am putea uita de fiori şi groază).

Gripa e directă: într-o zi, nu ai în organism virusul cu pricina, iar, în ziua următoare, îl ai. HIV trece de la o persoană la alta într-o fracţiune de secundă definibilă. Depresia? E ca şi cum ai încerca să aplici parametrii clinici foamei, care ne afectează pe toţi de câteva ori pe zi, dar care, în varianta extremă, e o tragedie care-şi ucide victimele. Unii oameni au nevoie de mai multă mâncare decât alţii; unii pot să funcţioneze în condiţii de malnutriţie gravă; unii slăbesc rapid şi cad pe stradă. Tot aşa, depresia loveşte persoane diferite în feluri diferite: unele sunt predispuse să reziste sau să lupte cu ea şi s-o învingă, în vreme ce alţii sunt neajutoraţi în ghearele ei. Voinţa şi mândria

pot face pe cineva să răzbească printr-o depresie care, pe altcineva, cu personalitate mai blândă şi mai supusă, l-ar dărâma.

Depresia interacţionează cu personalitatea. Unii oameni sunt curajoşi când e vorba despre depresie (în timpul ei şi după aceea), alţii sunt slabi. Dat fiind că personalitatea are o nuanţă aleatorie şi procese chimice uluitoare, putem atribui totul geneticii, dar ar fi prea simplu aşa. „Nu există vreo genă a stării de spirit“, spune Steven Hyman, director la *National Institute of Mental Health*. „Nu este decât stenograma interacţiunilor foarte complexe gene–mediu.“ Dacă toată lumea e capabilă să aibă un anumit grad de depresie în anumite condiţii, toată lumea e, de asemenea, capabilă să lupte cu depresia într-o anumită măsură, în anumite condiţii. Adesea, lupta ia forma căutării tratamentelor cele mai eficiente în bătălie. Implică găsirea ajutorului când încă mai eşti destul de puternic ca s-o faci. Implică profitarea la maximum de viaţă între crizele cele mai grave. Unii oameni care au simptome îngrozitoare pot să aibă cu adevărat succes în viaţă; iar alţii sunt de-a dreptul distruşi de cele mai uşoare forme ale maladiei.

Să învingi fără medicamente o depresie moderată are anumite avantaje. Îţi dă senzaţia că îţi poţi corecta propriile dezechilibre chimice prin exercitarea propriei voinţe chimice. Iar a învăţa să mergi pe cărbuni încinşi este un triumf al creierului asupra a ceea ce pare să fie inevitabila chimie fizică a durerii, şi e o modalitate fascinantă de a descoperi simpla putere a minţii. Faptul că ieşi dintr-o depresie „prin forţele proprii“ îţi permite să eviţi neplăcerea socială asociată cu medicaţia psihiatrică. El sugerează că ne acceptăm pe noi înşine aşa cum am fost făcuţi, reconstruindu-ne doar prin propriile mecanisme interioare, fără ajutor din afară. Revenirea pas cu pas din suferinţă dă sens afecţiunii înseşi.

Mecanismele interioare însă sunt greu de comandat şi adesea sunt nepotrivite. De multe ori, depresia distruge puterea minţii asupra stării de spirit. Uneori, apar procesele chimice complexe ale tristeţii pentru că ai pierdut pe cineva drag, iar procesele chimice ale pierderii şi cele ale iubirii pot duce la procesele chimice ale depresiei. Procesele chimice ale îndrăgostirii pot să apară din motive externe evidente, sau pe căi pe care inima nu i le poate spune niciodată minţii. Dacă am vrea să tratăm această necugetare emotivă, poate că am putea s-o facem. E necugetat ca adolescenţii să fie furioşi pe părinţi, care au făcut tot ce au ştiut ei mai bine, dar e o necugetare convenţională, destul de uniformă ca s-o acceptăm în aceeaşi cheie, fără s-o punem sub semnul întrebării. Uneori, aceleaşi procese chimice

apar din motive externe, insuficiente – conform standardelor tradiţionale – ca să explice disperarea; cineva se izbeşte de tine într-un autobuz ticsit şi te podideşte plânsul, sau citeşti despre suprapopularea pământului şi ţi se pare că propria viaţă e insuportabilă. Oricine a simţit uneori o emoţie disproporţionată declanşată de o chestiune măruntă, sau a simţit emoţii a căror origine este obscură, sau poate că nici n-aveau origine. Uneori, procesele chimice apar fără nici un motiv exterior. Cei mai mulţi dintre oameni au avut clipe de disperare inexplicabilă, adesea în toiul nopţii sau la orele mici, înainte să sune ceasul deşteptător. Dacă aceste sentimente durează zece minute, sunt o stare de spirit ciudată şi iute trecătoare. Dacă durează zece ore, sunt o stare ce tulbură – iar dacă durează zece ani, sunt o boală care te face inapt.

E prea adesea o calitate a fericirii faptul că-i simţi în fiece clipă fragilitatea, în vreme ce depresia, când eşti în miezul ei, pare o stare care n-o să treacă niciodată. Chiar dacă accepţi faptul că dispoziţia se schimbă, că orice ai simţi azi va fi mâine altfel, nu te poţi relaxa în fericire aşa cum o poţi face în tristeţe. Pentru mine, tristeţea a fost totdeauna, şi încă mai este, un sentiment mai puternic; şi, dacă nu este o trăire universală, poate că este baza pe care se dezvoltă depresia. Nu-mi plăcea defel să fiu depresiv, dar tot în depresie mi-am aflat propria întindere, amploarea deplină a sufletului. Când sunt fericit, mă simt un pic distras de fericire, ca şi cum ea nu izbuteşte să folosească o parte din mintea şi creierul meu care doreşte acest exerciţiu. Depresia e ceva de făcut. Percepţia mea se întăreşte şi se ascute în momentele de pierdere: pot să văd pe deplin frumuseţea obiectelor de sticlă în clipa în care-mi alunecă din mână spre podea. „Găsim desfătarea mult mai puţin desfătătoare, durerea mult mai dureroasă decât ne aşteptam“, a scris Schopenhauer. „Avem trebuinţă totdeauna de o anumită măsură de grijă, sau tristeţe, sau năzuinţă, aşa cum o corabie are nevoie de lest ca să ţină calea dreaptă.“

Ruşii au o vorbă: „Dacă te trezeşti fără să simţi vreo durere, ştii că eşti mort.“ Chiar dacă viaţa nu înseamnă doar durere, trăirea durerii, care are o intensitate aparte, este unul dintre cele mai sigure semne ale forţei vitale. Schopenhauer spunea: „Închipuiţi-vă omenirea transportată într-o Utopie în care toate cresc de la sine şi curcanii zburătăcesc deja fripţi, în care îndrăgostiţii se găsesc unul pe altul fără întârziere şi rămân legaţi unul de altul fără greutate: într-un astfel de loc, unii oameni ar muri de urât ori s-ar spânzura, alţii s-ar lupta şi s-ar ucide între ei, şi astfel ar crea pentru ei înşişi mai multă suferinţă decât le impune natura […]. La polul opus al suferinţei

[se află] plictisul.“[12] Eu cred că durerea trebuie să fie transformată, dar nu uitată; contrazisă, dar nu ştearsă cu totul.

Sunt convins că unele dintre cele mai mari cifre legate de depresie se bazează pe realitate. Cu toate că e greşit să confunzi numerele cu adevărul, aceste cifre spun o poveste alarmantă. Conform cercetărilor recente, circa 3 la sută dintre americani – cam 19 milioane[13] – suferă de depresie cronică. Peste 2 milioane dintre ei sunt copii. Boala maniaco-depresivă, numită adesea tulburarea bipolară din cauză că starea de spirit a pacientului variază de la manie la depresie, afectează circa 2,3 milioane[14] şi este pe locul doi în topul celor care ucid femei tinere, pe locul trei în ceea ce priveşte bărbaţii tineri. Depresia, aşa cum e descrisă în *DSM-IV*, e principala cauză a invalidităţii în SUA şi în restul lumii la persoanele în vârstă de peste cinci ani.[15] În întreaga lume, inclusiv ţările în curs de dezvoltare, depresia explică o parte mai mare din cheltuielile cauzate de boli, calculate pe baza deceselor premature şi a anilor de viaţă sănătoasă răpiţi de infirmităţi, decât orice altceva, cu excepţia bolilor de inimă. Depresia îşi arogă mai mulţi ani decât războiul, cancerul şi SIDA luate laolaltă.[16] Alte boli, de la alcoolism până la bolile de inimă, maschează depresia[17] atunci când ea e cea care le provoacă; dacă luăm în considerare acest lucru, depresia s-ar putea să fie cel mai mare ucigaş de pe pământ.

Tratamentele pentru depresie proliferează în prezent, dar numai jumătate[18] dintre americanii care au avut depresie majoră au cerut ajutor de vreun fel – chiar şi de la un preot sau un sfătuitor. Circa 95 la sută[19] dintre cei 50 la sută se adresează unor medici generalişti, care adesea nu ştiu prea multe despre problemele psihiatrice. Unui american adult cu depresie i se recunoaşte boala doar în vreo 40 la sută din cazuri.[20] Cu toate acestea, actualmente aproximativ 28 de milioane de americani – unul din zece – iau inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI) – clasă de medicamente din care face parte prozacul[21] –, iar un număr substanţial iau alte medicamente. Mai puţin de jumătate dintre cei cărora li se recunoaşte maladia primesc tratament adecvat. Dat fiind că definiţiile depresiei s-au lărgit, incluzând o parte din ce în ce mai mare din populaţia generală, a devenit din ce în ce mai greu să se calculeze cifra exactă a mortalităţii. Statisticile oferite în mod tradiţional arată că 15 la sută[22] dintre cei depresivi se sinucid în cele din urmă; această cifră este încă valabilă pentru cei extrem de bolnavi. Studii recente care includ depresia mai uşoară arată că 2-4 la sută dintre depresivi se sinucid drept consecinţă directă a bolii.

Aceasta e totuşi o cifră stupefiantă. Acum douăzeci de ani, cam 1,5 la sută din populaţie avea depresie care necesita tratament; acum, e vorba de 5 la sută; iar 10 la sută dintre toţi americanii din prezent se pot aştepta la un episod de depresie majoră în viaţa lor. Cam 50 la sută vor avea unele simptome de depresie.[23] Problemele clinice s-au înmulţit; tratamentele s-au înmulţit în măsură şi mai mare. Diagnosticarea se perfecţionează, dar asta nu explică amploarea problemei. Incidenţa depresiei creşte în ţările dezvoltate, mai ales la copii. Depresia apare la oameni mai tineri, manifestându-se prima oară când victimele au în jur de 26 de ani, cu zece ani mai devreme decât la generaţia anterioară; tulburarea bipolară, sau boala maniaco-depresivă, apare chiar mai devreme.[24] Lucrurile se înrăutăţesc.

Puţine afecţiuni sunt tratate atât de insuficient şi, totodată, atât de excesiv. Persoanele care devin complet nefuncţionale sunt spitalizate, în cele din urmă, şi există probabilitatea să fie tratate, cu toate că uneori depresia lor e confundată cu afecţiunile fizice prin care se manifestă. O mulţime de persoane însă rabdă pur şi simplu şi continuă – în ciuda marilor revoluţii din tratamentele psihiatrice şi psihofarmaceutice – să sufere chinuri cumplite. Peste jumătate dintre cei care cer totuşi ajutor – alte 25 la sută dintre persoanele depresive – nu primesc nici un tratament. Cam jumătate dintre cei care primesc tratament – 13 la sută, sau cam aşa ceva, dintre persoanele depresive – primesc tratament nepotrivit, adesea tranchilizante sau psihoterapii irelevante. Dintre ceilalţi, jumătate – cam 6 la sută dintre persoanele depresive – primesc doze inadecvate pe o perioadă inadecvată. Aşa încât rezultă că vreo 6 la sută din totalul persoanelor depresive primesc tratament adecvat. Însă mulţi dintre aceştia renunţă în cele din urmă la medicaţie, de obicei din cauza efectelor secundare. „Între 1 şi 2 la sută primesc cu adevărat tratamentul optim“ – spune John Greden, director al Institutului de Cercetări pentru Sănătate Mintală (*Mental Health Research Institute*) de la Universitatea din Michigan – „pentru o boală care poate fi, de obicei, controlată eficient prin medicaţie relativ necostisitoare, cu puţine efecte secundare grave.“ Între timp, la celălalt capăt al spectrului, oameni care presupun că extazul este dreptul lor din naştere dau pe gât cascade de pilule, într-o încercare zadarnică de a ameliora acele neplăceri uşoare care fac parte din structura oricărei vieţi.

S-a stabilit foarte clar că apariţia supermodelelor a vătămat imaginea femeilor despre sine, prin stabilirea unor aşteptări nerealiste. Supermodelul psihologic din secolul al XXI-lea este şi mai periculos decât cel fizic.[25]

Oamenii îşi examinează permanent mintea şi-şi resping propriile stări de spirit. „E fenomenul Lourdes“, spune William Potter, care a condus departamentul psiho-farmacologic al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (*National Institute of Mental Health* – NIMH) în anii ’70 şi ’80, când au fost create noile medicamente. „Când expui un număr foarte mare de oameni la ceea ce ei percep – şi au motive s-o creadă – ca pozitiv, primeşti rapoarte despre miracole – şi, de asemenea, fireşte, despre tragedii.“ Prozacul este tolerat atât de bine, încât aproape oricine îl poate lua – şi aproape oricine îl ia. A fost recomandat unor persoane cu simptome uşoare, care n-ar fi tolerat neplăcerile provocate de antidepresivele mai vechi, inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) (*monoamin oxidase inhibitors* – MAOI) şi triciclicele. Ai putea oare, chiar dacă nu eşti depresiv, să împingi înapoi limitele tristeţii tale – şi n-ar fi mai bine decât să trăieşti cu durerea?

Îi transformăm pe cei vindecabili în cazuri patologice, iar ceea ce ar putea fi modificat cu uşurinţă ajunge să fie tratat ca boală, chiar dacă mai înainte a fost tratat dintr-o perspectivă cu caracter personal sau ca stare sufletească. De cum vom avea un medicament pentru violenţă, violenţa va fi o boală. Există multe stări cenuşii între depresia *de pleno* şi o durere uşoară care nu e însoţită de modificări ale somnului, poftei de mâncare, energiei sau curiozităţii; am început să clasificăm din ce în ce mai multe dintre ele ca boală, deoarece am găsit din ce în ce mai multe modalităţi de ameliorare a lor. Însă hotarul rămâne arbitrar.[26] S-a hotărât că un IQ de 69 reprezintă retardare, dar cineva cu IQ de 72 nu e prea grozav, iar cineva cu IQ de 85 se poate descurca, mai mult sau mai puţin; s-a spus că nivelul colesterolului trebuie să fie menţinut sub 220, dar, dacă ai colesterolul 221, probabil că n-o să mori din asta, iar, dacă ai 219, trebuie să ai grijă; 69 şi 220 sunt cifre arbitrare, iar ceea ce numim boală e, de asemenea, un lucru destul de arbitrar; în cazul depresiei, mai este şi într-o instabilitate continuă.

Depresivii folosesc mereu expresia „dincolo de margine“ pentru a trasa trecerea de la durere la nebunie. Această descriere foarte fizică implică adesea căderea „în abis“. E ciudat cât de mulţi oameni au un vocabular atât de compatibil, întrucât „marginea“ este cu adevărat o metaforă foarte abstractizată. Puţini dintre noi au căzut vreodată peste vreo margine, şi cu siguranţă nu în abis. Marele Canion? Un fiord norvegian? O mină de diamante din Africa de Sud? E greu până şi să *găseşti* un abis în care să cazi. Când sunt întrebaţi, oamenii îl descriu într-un mod destul de consecvent. În primul rând, e întunecos. Cazi dinspre lumina solară către un loc în care

umbrele sunt negre. Înăuntrul lui, nu poţi vedea, iar primejdiile sunt peste tot (nu are străfundul pufos, şi nici pereţii moi, abisul ăsta). În vreme ce cazi, nu ştii cât de adânc ajungi sau dacă poţi, în vreun fel, să te opreşti. Te tot izbeşti de lucruri nevăzute, până ce eşti sfâşiat, şi totuşi împrejur totul e prea instabil ca să te poţi prinde de ceva.

Frica de înălţime este fobia cea mai răspândită în lume, şi trebuie să le fi servit bine strămoşilor noştri, dat fiind că cei care nu se temeau probabil că găseau abisuri şi cădeau în ele, scoţându-şi din cursă materialul genetic. Dacă stai pe marginea unei faleze şi priveşti în jos, ameţeşti. Corpul nu-ţi funcţionează mai bine ca oricând ca să-ţi îngăduie să te îndepărtezi de margine cu o precizie ireproşabilă. Crezi că o să cazi şi, dacă priveşti prea mult timp, o să cazi. Eşti paralizat. Îmi amintesc că m-am dus cu nişte prieteni la Cascada Victoria, unde stânci foarte înalte coboară drept în râul Zambezi. Eram tineri şi ne provocam unul pe altul să pozăm pentru fotografii cât de aproape de margine cutezam să ne ducem. Fiecare dintre noi, după ce s-a apropiat prea tare de margine, s-a simţit îngreţoşat şi paralizat. Cred că depresia nu este, de obicei, trecerea dincolo de marginea însăşi (care te face să mori repede), ci apropierea prea mare de margine, ajungând la acel moment al fricii când ai mers prea departe, când ameţeala te-a golit cu totul de capacitatea de a-ţi ţine echilibrul. La Cascada Victoria, am descoperit cu toţii că lucrul dincolo de care nu puteam trece era o margine invizibilă, aflată la mică distanţă de locul în care se isprăvea piatra. La trei metri de marginea pietrei, ne simţeam bine. La un metru şi jumătate, cei mai mulţi dintre noi şi-au pierdut curajul. La un moment dat, o prietenă mă fotografia şi a vrut să apară în imagine şi podul către Zambia. „Poţi să te dai cu trei centimetri mai la stânga?“ a întrebat, şi m-am supus, făcând un pas la stânga – treizeci de centimetri la stânga. Am zâmbit, un zâmbet drăguţ, care s-a păstrat acolo, în fotografie, iar ea a zis: „Te apropii cam prea mult de margine. Hai înapoi.“ Mă simţisem foarte bine stând acolo, şi apoi m-am uitat deodată în jos şi am văzut că-mi depăşisem marginea. M-am făcut alb ca varul. „E în ordine“, a zis prietena mea şi s-a apropiat, întinzând mâna. Marginea falezei era la vreo douăzeci şi cinci de centimetri de mine, şi totuşi a trebuit să cad în genunchi, să mă întind pe burtă şi să mă târăsc vreun metru până ce am ajuns iar pe teren sigur. Ştiu că am destul simţ al echilibrului şi mi-e uşor să stau în picioare pe o platformă lată de vreo 35 de centimetri; pot chiar să improvizez un mic număr de step, şi pot s-o fac fără să cad. N-am putut să stau în picioare atât de aproape de Zambezi.

Depresia se bazează foarte mult pe o senzaţie paralizantă de iminenţă. Ceea ce poţi face la o înălţime de 15 centimetri nu poţi face când solul coboară, dezvăluind o adâncime de treizeci de metri. Groaza de cădere te înhaţă, chiar dacă acea groază e ceea ce te-ar putea face să cazi. Ceea ce ţi se întâmplă în depresie e oribil, dar pare să fie în mare măsură învăluit în ceea ce e pe punctul să ţi se întâmple. Printre altele, simţi că mai ai puţin şi mori. Moartea n-ar fi aşa de rea, dar să trăieşti, pe pragul morţii, starea de „încă nu eşti chiar dincolo de marginea geografică“ e oribilă. Într-o depresie majoră, mâinile care se întind spre tine sunt dincolo de punctul în care pot fi prinse. Nu poţi să te laşi în mâini şi genunchi, pentru că simţi că, de cum te apleci, chiar şi în direcţia opusă marginii, îţi pierzi echilibrul şi te prăbuşeşti în hău. O, da, o parte din imaginile despre genune sunt potrivite: întunericul, nesiguranţa, pierderea controlului. Dacă ai cădea însă cu adevărat la nesfârşit într-un abis, n-ar mai putea fi vorba de control. Ţi-ai pierde cu totul controlul. Aici e acea senzaţie îngrozitoare că te-a părăsit controlul tocmai când aveai mai multă nevoie de el şi ai fi îndreptăţit să-l ai. O iminenţă cumplită pune stăpânire deplină pe clipa de faţă. Depresia a mers prea departe atunci când, în ciuda unei marje mari de siguranţă, nu te mai poţi echilibra. În depresie, tot ce se petrece în prezent este anticiparea durerii din viitor, iar din prezentul ca atare nu mai există nimic.

Depresia e o stare aproape de neînchipuit pentru cineva care n-a trecut prin ea. O înşiruire de metafore – plante agăţătoare, copaci, faleze etc. – e singurul fel de a vorbi despre această trăire. Nu e uşor de diagnosticat, deoarece depinde de metafore, iar metaforele alese de un pacient sunt diferite de cele alese de altul. Nu s-au schimbat prea multe de când Antonio din *Neguţătorul din Veneţia* se plângea:

Povară mie şi povară ţie;
Cum am ajuns-o, cum am dat de ea,
Din ce-i ţesută, din ce mi-a căşunat,
Am să învăţ, de-aci-nainte.
Şi-atât mă vlăguieşte tristeţea mea,
Că greu îmi este să mă recunosc.[27]

Hai să spunem lucrurilor pe nume: nu ştim cu adevărat ce anume provoacă depresia. Nu ştim cu adevărat din ce este alcătuită depresia. Nu ştim cu adevărat de ce unele tratamente pot fi eficiente în cazul depresiei. Nu ştim cu adevărat cum a răzbit depresia prin procesul evoluţiei. Nu ştim cu adevărat de

ce un om se alege cu depresie în împrejurări care pe altul nu-l tulbură. Nu ştim cu adevărat cum funcţionează voinţa în acest context.

Cei din preajma depresivilor se aşteaptă ca ei să-şi revină: societatea noastră nu prea are timp să-şi facă sânge rău. Soţii, părinţii, copiii şi prietenii sunt cu toţii expuşi riscului de a fi doborâţi, şi nu vor să fie în apropierea durerii nemăsurate. Nimeni nu poate face altceva decât să roage să fie ajutat (dacă poate face măcar atâta) când e în partea cea mai adâncă a unei depresii majore, însă, când vine ajutorul, el mai trebuie acceptat. Ne-ar plăcea tuturor s-o facă prozacul pentru noi, dar, din experienţa mea, prozacul n-o face decât dacă-l ajutăm. Ascultă-i pe cei care te iubesc. Crede că merită să trăieşti pentru ei chiar şi atunci când n-o crezi. Scoate la iveală amintirile pe care le îndepărtează depresia şi proiectează-le în viitor. Fii curajos; fii tare; ia-ţi pilulele. Fă mişcare, pentru că-ţi face bine, chiar dacă fiecare pas cântăreşte o mie de tone. Mănâncă, chiar dacă hrana însăşi te dezgustă. Adu-ţi singur argumente raţionale, chiar dacă ţi-ai pierdut raţiunea. Aceste îndemnuri de pe răvaşele din plăcinte sună potrivit, însă cea mai sigură cale de a scăpa de depresie e să-ţi displacă şi să nu-ţi îngădui să te obişnuieşti cu ea. Pune stavilă gândurilor cumplite care-ţi invadează mintea.

O să dureze multă vreme tratamentul pe care-l fac împotriva depresiei. Aş vrea să pot spune cum s-a întâmplat. Habar n-am cum am ajuns atât de jos şi ştiu puţin despre cum am sărit în sus sau am căzut iar, şi iar, şi iar. Am tratat prezenţa – viţa – în toate felurile convenţionale pe care le-am putut dibui, apoi am izbutit să aflu cum să dreg absenţa, la fel de trudnic, şi totuşi intuitiv, cum am învăţat să merg sau să vorbesc. Am avut multe recidive uşoare, apoi două căderi psihice grave, o perioadă de odihnă, a treia cădere psihică gravă şi apoi câteva recidive. După toate astea, fac ce trebuie făcut ca să evit alte perturbări. În fiecare dimineaţă şi seară, mă uit la pilulele din mâna mea: albă, roz, roşie, turcoaz.[28] Uneori, ele par, în palmă, o scriere, hieroglife ce spun că viitorul poate fi în ordine şi că-mi datorez mie însumi să trăiesc şi să văd asta. Mă simt uneori ca şi cum mi-aş înghiţi înmormântarea de două ori pe zi, dat fiind că, fără aceste pilule, m-aş fi dus de mult din această lume. Mă duc la terapeut o dată pe săptămână, când sunt acasă. Uneori sunt plictisit de şedinţele noastre, alteori sunt interesat într-un fel cu totul disociativ, iar alteori am senzaţia unei manifestări divine. Parţial, prin lucrurile pe care le-a spus omul acesta, m-am reclădit destul ca să fiu în stare să continuu să-mi ţin înmormântarea sub control, în loc s-o pun în practică. A fost implicată multă vorbire; cred că vorbele sunt puternice, că pot să copleşească lucrul de care

ne temem, când teama pare mai rea decât e viaţa de bună. M-am întors, cu o atenţie din ce în ce mai subtilă, către iubire. Iubire este cealaltă cale înainte. Ele trebuie să meargă împreună: prin ele însele, pilulele sunt o otravă slabă, iubirea e un cuţit tocit, intuiţia e o coardă care se rupe dacă e întinsă prea mult. Cu ele la un loc, dacă eşti norocos, poţi salva, de viţă, copacul.

Iubesc veacul acesta. Mi-ar fi plăcut să pot călători în timp, pentru că aş fi vrut să vizitez Egiptul biblic, Italia Renaşterii, Anglia elizabetană, să văd zilele de glorie ale incaşilor, să-i întâlnesc pe locuitorii Marelui Zimbabwe, să văd cum era America pe vremea când pământul era al indigenilor. Dar un alt timp în care aş prefera să trăiesc nu există. Iubesc felurile de confort ale vieţii moderne. Iubesc complexitatea filozofiei noastre. Iubesc senzaţia de transformare vastă care pluteşte peste noi în acest nou mileniu, impresia că suntem aproape de momentul în care vom şti mai mult decât au ştiut vreodată oamenii. Îmi place nivelul relativ înalt al toleranţei sociale care există în ţările în care trăiesc eu. Îmi place să pot călători în jurul lumii iar şi iar. Îmi place că oamenii trăiesc mai mult decât au trăit vreodată, că timpul e un pic mai mult de partea noastră decât era acum o mie de ani.

Ne confruntăm totuşi cu o criză fără precedent în mediul nostru fizic. Consumăm producţia planetei într-un ritm înspăimântător, sabotând pământul, marea şi cerul. Pădurea tropicală e distrusă; oceanele sunt pline de deşeuri industriale; stratul de ozon e descompletat. Sunt mult mai mulţi oameni pe lume decât au fost vreodată, anul viitor vor fi chiar mai mulţi, iar în anul de după el, iarăşi, vor fi şi mai mulţi. Creăm problemele care vor afecta următoarea generaţie, şi pe următoarea, şi pe cea de după ea. Omul schimbă pământul încă de când a fost modelat primul cuţit din piatră şi a fost semănată prima sămânţă de un ţăran anatolian, însă ritmul schimbării a ajuns acum să ne scape aproape cu totul din mâini. Nu sunt un alarmist în privinţa mediului. Nu cred că suntem chiar acum în pragul apocalipsei. Dar sunt convins că trebuie să luăm măsuri pentru a ne schimba traiectoria, dacă nu vrem să ne ducem singuri la pieire.

Faptul că scoatem la iveală noi soluţii la această problemă este o dovadă a flexibilităţii omenirii. Lumea merge mai departe, asemenea speciei. Cancerul de piele[29] este mult mai prezent decât înainte, din cauză că atmosfera ne apără mult mai puţin de soare. Vara îmi dau cu loţiuni şi creme cu grad înalt SPF[30], şi ele mă ajută să rămân sănătos. M-am dus din când în când la un dermatolog, care mi-a desprins un pistrui prea mare şi l-a trimis la laborator să fie examinat. Copiii – care odinioară zburdau pe plajă goi – sunt acum unşi

cu pomezi protectoare. Bărbaţii – care odinioară munceau fără cămaşă în crucea amiezii – poartă acum cămaşă şi încearcă să găsească un loc umbros. Suntem în stare să ne descurcăm cu acest aspect al acestei crize. Inventăm noi modalităţi, care sunt departe de traiul în întuneric. Şi totuşi, cu sau fără filtru solar, trebuie să încercăm să nu distrugem ce a mai rămas. În clipa de faţă, mai este destul ozon acolo, sus, şi încă îşi face cât de cât treaba. Ar fi mai bine pentru mediu dacă nimeni n-ar mai folosi maşini, însă asta nu se va întâmpla decât dacă va fi un tsunami de criză totală. Sincer, cred că oamenii vor ajunge să trăiască pe Lună înainte să existe o societate eliberată de transportul motorizat. Schimbarea radicală este imposibilă şi, în multe feluri, indezirabilă, dar cu siguranţă e necesară o schimbare.

Se pare că depresia a fost pe aproape de când omul a fost capabil de gândire conştientă de sine. Poate că depresia există încă dinaintea acestui moment, că maimuţele şi cobaii şi, poate, caracatiţele sufereau de această boală înainte ca primii hominizi să-şi fi găsit calea către grotele lor. Cu siguranţă că simptomatologia din vremea noastră e mai mult sau mai puţin asemenea celei descrise de Hippocrates[31] acum vreo două mii cinci sute de ani. Nici depresia, nici cancerul de piele nu sunt creaţii ale secolului al XXI-lea. Asemenea cancerului de piele, depresia este o afecţiune a trupului care a luat amploare în ultima vreme, din motive foarte specifice. Să nu ignorăm prea multă vreme mesajul limpede al unor probleme aflate în plină ascensiune. Aspecte vulnerabile, care, într-o epocă anterioară, ar fi putut rămâne neobservabile, se afirmă acum într-o maladie clinică deplină. Trebuie nu doar să profităm de soluţiile nemijlocite la problemele noastre actuale, ci şi să acţionăm, pentru a limita aceste probleme şi a evita ca ele să ne acapareze întreaga minte. Rata în creştere a depresiei este, indiscutabil, consecinţa modernităţii. Ritmul vieţii, haosul ei tehnologic, înstrăinarea dintre oameni, prăbuşirea structurilor familiale tradiţionale, singurătatea endemică, eşecul sistemelor de credinţă (religios, moral, politic, social – orice părea înainte să dea sens şi călăuzire vieţii) au fost catastrofale. Din fericire, am creat sisteme prin care să facem faţă problemei. Avem medicamente care se ocupă de tulburările organice şi terapii care se ocupă de perturbările afective ale bolii cronice. Depresia este un cost din ce în ce mai mare pentru societatea noastră, dar nu ne ruinează. Avem echivalentele psihologice ale filtrelor solare, şepcilor de baseball şi umbrei.

Avem însă oare echivalentul unei mişcări ecologice, un sistem care să limiteze vătămarea pe care o producem stratului de ozon social? Faptul că

există tratamente nu trebuie să ne facă să ignorăm problema tratată. Trebuie să fim îngroziţi de statistici. Ce e de făcut? Uneori, pare că rata îmbolnăvirilor şi numărul de tratamente sunt într-un soi de competiţie ca să se vadă care poate să-l întreacă pe celălalt. Puţini dintre noi vor, sau pot, să renunţe la modernitatea gândului mai mult decât ar vrea să renunţe la modernitatea existenţei materiale. Trebuie să căutăm credinţă (în orice: în Dumnezeu, sau în eul nostru, sau în alţi oameni, sau în politică, sau în frumuseţe, sau orice altceva) şi organizare. Trebuie să-i ajutăm pe cei lipsiţi de drepturi, a căror suferinţă subminează mult bucuria lumii – atât de dragul mulţimilor, cât şi de dragul celor privilegiaţi, din viaţa cărora lipseşte o motivaţie profundă. Trebuie să ne ocupăm de iubire şi trebuie, de asemenea, să-i învăţăm şi pe alţii. Trebuie să ameliorăm împrejurările care ne duc la niveluri de stres înspăimântător de înalte. Trebuie să ţinem piept violenţei, şi poate că şi reprezentărilor ei. Aceasta nu este o propunere sentimentală; este la fel de imperativă ca apelurile care îndeamnă la salvarea pădurilor tropicale.

Într-un anumit punct – la care încă n-am ajuns, dar vom ajunge, cred, curând –, nivelul prejudiciului va deveni mai teribil decât cel al progresului pe care-l obţinem cu preţul acestui prejudiciu. Nu va fi o revoluţie, dar va însemna, probabil, apariţia unor tipuri diferite de şcoli, modele diferite ale familiei şi comunităţii, procese diferite de informare. Dacă e să trăim mai departe pe pământ, va trebui s-o facem. Vom contrabalansa tratarea bolii cu schimbarea condiţiilor care au provocat-o. Vom viza prevenirea în aceeaşi măsură cu vindecarea. Cu maturitatea noului mileniu, trag nădejdea, vom salva pădurile tropicale ale acestui pământ, stratul de ozon, râurile şi pâraiele, oceanele; şi vom salva, mai trag nădejdea, minţile şi inimile oamenilor care trăiesc aici. Apoi, ne vom înfrâna teama din ce în ce mai mare de demonii amiezii – anxietatea şi depresia.

Poporul cambodgian trăieşte sub semnul unei vechi tragedii. În anii ’70, revoluţionarul Pol Pot a creat în Cambodgia o dictatură maoistă în numele a ceea ce el numea „khmerii roşii“.[32] Au urmat ani de război civil sângeros, în care populaţia a fost măcelărită în proporţie de peste 20 la sută. Elita educată a fost anihilată, iar ţăranii au fost necontenit mutaţi de colo-colo, unii dintre ei închişi în celule, unde au fost batjocoriţi şi torturaţi; întreaga ţară trăia într-o teamă permanentă. E greu să ierarhizezi războaiele – recentele atrocităţi din Rwanda au fost devastatoare –, dar, cu siguranţă, perioada Pol Pot a fost printre cele mai cumplite vremuri din istoria recentă. Ce se întâmplă cu emoţiile tale când ai văzut că un sfert dintre compatrioţi au fost asasinaţi,

când ai îndurat tu însuţi chinurile unui regim brutal, când lupţi, în ciuda tuturor obstacolelor, ca să reconstruieşti o naţiune distrusă? Am sperat să văd ce se întâmplă cu sentimentele la cetăţenii unei naţiuni care au avut cu toţii parte de un stres atât de traumatizant, sunt de o sărăcie disperată, practic n-au nici o resursă şi au puţine şanse la învăţătură sau la locuri de muncă. Aş fi putut să aleg alte locuri în care să găsesc suferinţă, dar n-am vrut să mă duc într-o ţară aflată în război, deoarece psihologia disperării în vreme de război merge, de obicei, până la accese de furie, în vreme ce disperarea care succedă pustiirii e mai amorţită şi atotcuprinzătoare. Cambodgia nu e o ţară în care facţiunile s-au luptat brutal între ele; e o ţară în care fiecare era în război cu toţi ceilalţi, în care toate mecanismele societăţii au fost complet anihilate, în care nu au mai rămas iubire, idealism, nimic bun pentru nimeni.

Cambodgienii sunt, în general, amabili şi cât se poate de prietenoşi cu străinii care-i vizitează. Cei mai mulţi dintre ei au vorba plăcută, sunt blânzi şi atrăgători. E greu de crezut că această ţară minunată este cea în care au avut loc atrocităţile lui Pol Pot. Fiecare dintre cei pe care i-am întâlnit avea o explicaţie diferită pentru faptul că s-a putut desfăşura acolo povestea cu khmerii roşii, dar nici una dintre aceste explicaţii nu avea sens, aşa cum n-are sens nici una dintre explicaţiile date Revoluţiei Culturale, stalinismului sau nazismului. Aceste lucruri li se întâmplă societăţilor, şi retrospectiv e cu putinţă să înţelegi de ce o naţiune a fost deosebit de vulnerabilă la ele; dar nu se poate şti unde anume în imaginaţia omenească îşi au izvorul astfel de comportamente. Ţesătura socială e totdeauna foarte subţire, dar este imposibil de ştiut cum ajunge să se atomizeze cu totul, cum s-a întâmplat în aceste societăţi. Ambasadorul american de acolo mi-a spus că problema cea mai mare a khmerilor este inexistenţa în societatea cambodgiană tradiţională a unui mecanism paşnic pentru rezolvarea conflictelor. „Dacă au neînţelegeri“, a zis, „trebuie să le nege şi să le suprime total, altfel trebuie să pună mâna pe cuţite şi să se bată.“ Un membru al guvernului cambodgian actual a spus că poporul fusese prea supus unui monarh absolut timp de prea mulţi ani şi nu s-a gândit să lupte împotriva autorităţilor până ce a fost prea târziu. Am auzit cel puţin o duzină de alte poveşti; rămân sceptic.

După cum am constatat în timpul interviurilor cu oamenii care au suferit atrocităţi din partea khmerilor roşii, cei mai mulţi dintre ei preferau să privească înainte. Însă când am insistat să-mi spună poveştile lor, s-au lăsat luaţi de trecutul lor lugubru. Poveştile pe care le-am auzit erau deopotrivă inumane, îngrozitoare şi dezgustătoare. Fiecare adult pe care l-am întâlnit în

Cambodgia suferise traume exterioare atât de mari, încât pe cei mai mulţi dintre noi ne-ar fi făcut să ne pierdem minţile sau să ne luăm viaţa. Ceea ce suferiseră în mintea lor a fost un alt nivel al ororii. M-am dus în Cambodgia ca să mă simt frânt de durerea altora, şi am fost frânt cu totul.

Cu cinci zile înainte de a pleca de acolo, m-am întâlnit cu Phaly Nuon, cândva candidată la Premiul Nobel pentru Pace, care crease la Phnom Penh un orfelinat şi un centru pentru femeile cu depresie. Avusese succese uimitoare, făcând să revină la viaţă femei cu suferinţe mintale atât de mari, încât alţi doctori le abandonaseră în ghearele morţii. Într-adevăr, succesul ei a fost atât de mare, încât personalul orfelinatului şi l-a alcătuit, aproape în întregime, din femeile pe care le-a ajutat, care au creat o comunitate filantropică în jurul lui Phaly Nuon. Dacă salvezi femeile, s-a spus, ele, la rândul lor, vor salva copiii, şi aşa, prin trasarea unui lanţ de influenţe, poţi salva ţara.

Ne-am întâlnit într-o odăiţă dintr-o clădire veche de birouri din apropiere de centrul Phnom Penh-ului. Şedea pe un scaun, de o parte, iar eu pe o canapea mică, de cealaltă parte. Ochii oblici ai lui Phaly Nuon par să vadă pe dată până în sufletul tău şi, cu toate acestea, îţi spun bun venit. Asemenea majorităţii cambodgienilor, e relativ scundă faţă de standardele occidentale. Părul ei, cu şuviţe cenuşii, îi dezgoleşte chipul şi-i dă un anumit accent de duritate. Poate fi ameninţătoare când exprimă o idee, dar e şi sfioasă, zâmbind şi privind în jos când nu vorbeşte.

Am început cu povestea ei. La începutul anilor ’70, Phaly Nuon lucra la Ministerul de Finanţe şi Comerţ ca dactilografă şi stenografă. În 1975, când Phnom Penh a fost luat în stăpânire de Pol Pot şi khmerii roşii, a fost ridicată de acasă împreună cu soţul şi copiii. Soţul a fost trimis într-un loc despre care n-a aflat nimic şi nu ştia dacă a fost executat sau a rămas în viaţă. A fost trimisă la ţară, să muncească la câmp, împreună cu fiica de doisprezece ani, fiul de trei ani şi pruncul abia născut. Condiţiile erau cumplite şi mâncarea puţină, dar a muncit alături de ceilalţi, „fără să le spun vreodată ceva şi fără să zâmbesc, căci nimeni dintre noi nu zâmbea, deoarece ştiam că putem fi omorâţi în orice clipă“. După câteva luni a fost trimisă în alt loc, împreună cu copiii ei. Pe drum, un grup de soldaţi au legat-o de un copac şi au silit-o să asiste la violarea în grup şi apoi la uciderea fiicei ei. Peste câteva zile, a fost rândul lui Phaly Nuon. A fost dusă, împreună cu câteva tovarăşe de muncă, pe un câmp de lângă oraş. Acolo, i-au legat mâinile la spate şi i-au înfăşurat picioarele cu o frânghie. Au silit-o să stea în genunchi, au legat-o de o tijă de

bambus şi au silit-o să se aplece peste o baltă de noroi, aşa încât trebuia să-şi încordeze picioarele ca să nu se dezechilibreze. Scopul era ca, atunci când avea să fie în sfârşit sleită de puteri, să cadă în faţă, în noroi, şi, neputând să se mişte, să se înece acolo. Băiatul ei de trei ani zbiera şi plângea alături. Bebeluşul era legat pe spatele ei, ca să se înece în noroi când cădea ea: Phaly Nuon ar fi fost ucigaşa propriului prunc.

Phaly Nuon a ticluit o minciună: a spus că, înainte de război, lucrase pentru unul dintre membrii de rang înalt ai khmerilor roşii, că fusese amanta lui şi că el ar fi furios dacă ea ar fi omorâtă. Puţini erau cei care scăpau de pe câmpurile de execuţie. Dar un căpitan care poate că a crezut povestea lui Phaly Nuon a spus, în cele din urmă, că nu mai poate suporta ţipetele copiilor ei şi că gloanţele sunt prea scumpe ca să le irosească omorând-o repede, aşa că a dezlegat-o şi i-a zis să fugă. Ţinând pruncul cu un braţ şi băieţelul de trei ani cu celălalt, a fugit până în miezul junglei din nord-estul Cambodgiei. A stat în junglă trei ani, patru luni şi optsprezece zile. N-a dormit niciodată de două ori în acelaşi loc. Umblând de colo-colo, culegea frunze şi săpa după rădăcini ca să mănânce toţi trei, dar hrana era greu de găsit şi, adesea, alţi căutători de alimente, mai puternici, luaseră tot ce era de luat. Din pricina malnutriţiei, a început să-şi piardă puterile. Curând, laptele i-a secat, iar pruncul pe care nu-l putea hrăni i-a murit în braţe. Ea şi copilul rămas au izbutit cu greu să rămână în viaţă şi să treacă prin perioada războiului.

În vreme ce Phaly Nuon îmi povestea toate astea, ne mutaserăm amândoi pe podeaua dintre locurile pe care fuseserăm aşezaţi, iar ea plângea şi, stând pe vine, se legăna pe vârfurile picioarelor, în vreme ce eu eram ghemuit, cu genunchii sub bărbie şi cu o mână pe umărul ei, în gestul cel mai asemănător cu îmbrăţişarea pe care-l îngăduia starea ei aproape de transă din timpul povestirii. A continuat pe jumătate şoptind. După ce războiul s-a terminat, şi-a găsit soţul. Fusese bătut cu sălbăticie peste cap şi gât, ceea ce a avut ca urmare o deficienţă mintală serioasă. Ea, soţul ei şi copilul au fost duşi într-o tabără din apropierea graniţei cu Thailanda, unde mii de oameni trăiau în corturi improvizate. Au fost supuşi abuzurilor fizice şi sexuale din partea unor lucrători din tabără şi au fost ajutaţi de alţii. Phaly Nuon se număra printre puţinele persoane educate de acolo şi, pentru că ştia şi alte limbi, a putut să stea de vorbă cu lucrătorii de la organizaţia umanitară. A devenit o parte importantă a vieţii din tabără, iar familiei ei i s-a repartizat o colibă de lemn, care însemna, comparativ, un lux. „Am ajutat în perioada aceea la unele activităţi umanitare“, îşi aminteşte ea. „De câte ori mergeam prin

tabără, vedeam femei cărora le era foarte rău, multe dintre ele păreau paralizate, nu se mişcau, nu vorbeau, nu mâncau şi nu-şi îngrijeau copiii. Am văzut că, deşi scăpaseră cu viaţă din război, aveau să moară acum din pricina depresiei – stresul posttraumatic total invalidant.“ Phaly Nuon le-a făcut lucrătorilor o cerere specială şi a creat în coliba ei din tabără un fel de centru de psihoterapie.

A folosit, ca primă fază, leacuri tradiţionale khmere (făcute, în proporţii diferite, din o sută de ierburi şi frunze). Dacă astea nu dădea rezultate sau nu dădeau rezultate destul de bune, folosea medicamente occidentale, dacă erau disponibile – şi uneori erau. „Puneam deoparte orice antidepresive puteau aduce lucrătorii“, a spus, „şi încercam să am suficiente pentru cazurile cele mai grave“. Îşi punea pacientele să mediteze, avea în casă un altar budist, cu flori aşezate în faţa lui. Le determina pe femei să-şi deschidă sufletul. La început, era nevoie de vreo trei ore până să facă vreo femeie să-şi spună povestea. Apoi, o vizita în mod regulat, ca să afle mai multe, până ce câştiga deplin încrederea femeii depresive. „Trebuia să cunosc poveştile acestor femei“, mi-a explicat, „deoarece voiam să ştiu exact ce anume trebuie să învingă fiecare dintre ele.“

După ce lua sfârşit această iniţiere, trecea la un sistem bazat pe formule. „Fac asta în trei etape“, a spus. „Mai întâi, le învăţ să uite. Avem exerciţii pe care le facem în fiecare zi, aşa încât să uite, în fiecare zi, un pic mai mult din lucrurile pe care nu le vor uita cu totul niciodată. În acest răstimp, încerc să le abat atenţia, cu muzică sau lecţii de coasere ori ţesut, cu concerte, câteodată cu o oră de privit la televizor, cu orice pare să aibă efect, cu orice îmi spun ele că le place. Depresia e sub piele, toată suprafaţa corpului are depresia nemijlocit dedesubt, şi n-o putem scoate de acolo; dar putem încerca s-o uităm, chiar dacă e acolo.

Când mintea le este eliberată de ceea ce au uitat, când au învăţat bine uitarea, le învăţ să muncească. Orice fel de muncă îşi doresc, găsesc eu o cale să le învăţ s-o facă. Unele dintre ele se pregătesc doar pentru curăţenie prin case sau să aibă grijă de copii. Altele învaţă tehnici pe care le pot folosi cu orfanii, iar unele se îndreaptă către o profesie reală. Ele trebuie să înveţe să facă foarte bine aceste lucruri şi să se mândrească cu ele.

Şi apoi, când au ajuns să stăpânească munca, în cele din urmă, le învăţ să iubească. Am construit un fel de anexă a colibei şi am făcut acolo o baie de aburi, iar acum, la Phnom Penh, folosesc una asemănătoare, construită un pic mai bine. Le duc acolo, ca să se cureţe, şi le învăţ să-şi facă una alteia

manichiură şi pedichiură şi să-şi îngrijească unghiile, pentru că asta le face să se simtă frumoase, iar ele îşi doresc atât de mult să se simtă frumoase. De asemenea, asta le pune în contact cu trupul altor persoane şi le face să-şi lase trupul să fie îngrijit de altcineva. Le salvează de izolarea fizică iniţială, care este pentru ele o suferinţă obişnuită, şi asta duce la spargerea izolării afective. Când sunt împreună, spălându-se şi dându-se cu ojă, încep să vorbească între ele şi, puţin câte puţin, învaţă să aibă încredere una în alta. În cele din urmă, au învăţat să-şi facă prieteni, aşa că nu va mai trebui niciodată să fie atât de singuratice şi de singure. Poveştile lor, pe care nu le-au spus nimănui în afară de mine – încep să şi le spună una alteia.“

Mai târziu, Phaly Nuon mi-a arătat uneltele meseriei ei de psiholog, sticluţele de lac colorat, baia de aburi, beţişoarele cu care se împing înapoi pieliţele de la unghii, pilele de unghii, prosoapele. Îngrijirea corpului este una dintre formele primare de socializare la primate, şi această revenire la îngrijirea corpului ca forţă de socializare între oameni m-a frapat drept ciudat de organică. I-am spus că mi se pare greu să ne învăţăm pe noi înşine sau pe alţii cum să uităm, cum să muncim şi cum să iubim şi să fim iubiţi, dar a zis că nu-i aşa de complicat dacă eşti în stare să faci tu însuţi aceste trei lucruri. Mi-a povestit că femeile pe care le-a tratat au devenit o comunitate şi că se ocupă foarte bine de orfanii pe care-i au în grijă.

„Există o etapă finală“, mi-a spus, după o pauză lungă. „În cele din urmă, le învăţ lucrul cel mai important. Le învăţ că aceste trei aptitudini – uitarea, munca şi iubirea – nu sunt aptitudini separate, ci parte dintr-un mare tot şi că practicarea acestor lucruri împreună, fiecare ca parte a celorlalte, este ceea ce schimbă totul. Este cel mai greu lucru de transmis“, a râs, „dar toate ajung să înţeleagă asta, iar când o fac – păi atunci sunt gata să intre iar în lume.“

Depresia există acum ca fenomen personal şi social. Pentru a trata depresia, trebuie să înţelegem experienţa unui colaps, modul de acţiune a medicamentelor şi cele mai obişnuite forme ale terapiei conversaţionale (psihanalitică, interpersonală şi cognitivă). Experienţa e dascăl bun, iar tratamentele tradiţionale au fost încercate şi verificate; multe alte tratamente, de la sunătoare până la psihochirurgie, sunt destul de promiţătoare – chiar dacă aici e mai multă şarlatanie decât în oricare altă ramură a medicinei. Tratamentul inteligent necesită examinarea atentă a categoriilor specifice afectate: depresia are variaţii notabile în cazul copiilor, vârstnicilor şi sexelor. Cei care abuzează de substanţe toxice formează o categorie mare, separată. Sinuciderea, în numeroasele ei forme, este o complicaţie a depresiei; este

esenţial să ştii în ce fel o depresie poate deveni fatală.

Aceste subiecte de discuţie legate de experienţă duc la chestiuni epidemiologice. E la modă să priveşti depresia ca pe o afecţiune modernă, şi asta e o greşeală grosolană, la limpezirea căreia e de folos trecerea în revistă a istoriei psihiatriei. E la modă, de asemenea, să crezi că afecţiunea vizează clasa de mijloc şi e destul de consecventă în manifestări. Nu-i adevărat. Dacă examinăm depresia la săraci, ne dăm seama că tabuurile şi prejudecăţile ne împiedică să ajutăm o categorie de persoane care e deosebit de receptivă la acel ajutor. Problema depresiei la săraci duce în mod firesc la anumite politici. Legiferăm existenţa şi inexistenţa ideilor de boală şi tratament.

Biologia nu e destin. Există modalităţi să trăieşti bine chiar dacă ai depresie. Într-adevăr, oamenii care învaţă din depresia lor pot ajunge, pe baza acestei experienţe, la o profunzime morală aparte, şi acesta e mica minune dinăuntrul cutiei lor cu suferinţe. Există un spectru afectiv elementar din care nu putem şi nu trebuie să evadăm, şi cred că depresia se află în acel spectru, aşezată nu numai lângă supărare, ci şi lângă iubire. De fapt, cred că toate afectele puternice sunt adunate la un loc şi că fiecare dintre ele se învecinează cu cea care credem de obicei că-i este opusă. Am reuşit, pe moment, să controlez dizabilitatea produsă de depresie, însă depresia însăşi trăieşte veşnic în cifrul creierului meu. E o parte din mine. Să te războieşti cu depresia înseamnă să lupţi cu tine însuţi, şi e important să ştii asta înainte bătăliilor. Cred că depresia poate fi eliminată doar prin subminarea mecanismelor afective care ne fac umani. Ştiinţa şi filozofia trebuie să procedeze cu jumătăţi de măsură.

„Bun venit acestei dureri“, scria Ovidiu, „căci vei învăţa de la ea.“[3334] E posibil (cu toate că, deocamdată, e improbabil) ca, prin manipulare chimică, să putem localiza, controla şi elimina circuitele cerebrale ale suferinţei. Sper că n-o vom face niciodată. A le îndepărta ar însemna să aplatizăm trăirea, să afectăm o plurivalenţă mai preţioasă decât oricare dintre componentele sale antagonice. Dacă aş putea să văd lumea în nouă dimensiuni, aş da orice pentru asta. Mai bine trăiesc mereu în ceaţa tristeţii decât să renunţ la capacitatea de a simţi durere. Dar durerea nu este depresia acută; iubeşti şi eşti iubit cu mare durere, şi eşti viu trăind asta. Calitatea de „mort viu“ a depresiei este ceea ce am încercat să elimin din viaţa mea; cartea de faţă e artileria pe care o pun la bătaie împotriva acelei extincţii.

Note

6. Cuvintele „depresie“ şi „melancolie“ sunt foarte generale şi, în ciuda eforturilor unor autori de a face distincţie între ele, sunt sinonime. Însă termenul „depresie majoră“ se referă la starea psihiatrică definită la rubrica „tulburare depresivă majoră“ din DSM-IV, pp. 339–345.

7. Am preluat povestea Sfântului Antonie în deşert dintr-o prelegere ţinută de Elaine Pagels.

8. Primul citat din Jacob’s Room este la pp. 140–141. Al doilea este de la p. 168 (cf. trad. rom., prefaţă şi note de Mihai Miroiu, în Virginia Woolf, Camera lui Jacob, Rao International Publishing Company, Bucureşti, 2006, cap. XII, pp. 147–148 şi cap. XIII, p. 176).

9. O discuţie despre „declararea decesului“ găsiţi la Sherwin Nuland, How We Die, p. 123.

10. Anhedonia este „incapacitatea de a percepe plăcerea“, după definiţia dată de Francis Mondimore în Depression: The Mood Disease, p. 22.

11. Formula depresiei provine din Comprehensive Textbook of Psychiatry, 1989, p. 870.

12. Ambele citate provin din Schopenhauer, Essays and Aphorisms: primul este la pp. 42–43, al doilea la p. 43.

13. Cifra de 19 milioane este luată de pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), la www.nimh.nih.gov/depression/index1.htm. Faptul că aproximativ 2,5 milioane de copii suferă de depresie poate fi stabilit prin compilarea câtorva statistici. Din The MECA Study efectuat de D. Shaffer et al., publicat în Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 35, nr. 7 (1996), a rezultat că aproximativ 6,2 la sută dintre copiii de 9–17 ani au suferit în răstimp de şase luni o tulburare de dispoziţie, iar 4,9 la sută au avut o tulburare depresivă majoră. Al doilea procent, aplicat la statisticile recensământului din 1990 pentru copiii de 5–17 ani (cam 45 de milioane), dă o estimare de 2,5 milioane. Le mulţumesc lui Faith Bitterolf şi Bibliotecii Academiei Sewickley pentru ajutorul în această chestiune.

14. Cifra de 2,3 milioane este preluată de pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), la www.nimh.nih.gov/publicat/manic.cfm.

15. Faptul că depresia unipolară este principala cauză a infirmităţii în SUA şi în restul lumii la persoanele în vârstă de peste cinci ani este preluat de pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), la www.nimh.nih.gov/ publicat/invisible.cfm. Statisticile care arată că în ţările dezvoltate depresia majoră este pe locul al doilea ca mărime din punctul de vedere al cheltuielilor cauzate de boli provin tot de la NIMH, la www.nimh.nih.gov/publicat/burden.cfm.

16. Faptul că depresia afectează mai mulţi ani din viaţă decât războiul, cancerul şi SIDA luate laolaltă este preluat din Organizaţia Mondială a Sănătăţii, World Health Report 2000, care poate fi consultat on-line la www.who.int/whr/ 2000/ index.htm. Informaţia este luată din Annex Table 4 şi este valabilă pentru cancerul pulmonar şi al pielii, la unele straturi ale mortalităţii din Americi şi estul mediteraneean şi în toate straturile mortalităţii din Europa, Asia de Sud-Est şi vestul Pacificului. Găsiţi Annex Table 4 la www.who.int/whr/2000/en/statistics.htm.

17. Ideea că bolile somatice maschează depresia este un lucru ştiut de toată lumea. Jeffrey de Wester, în articolul său Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of Depression, în Journal of Family Practice 43, supl. 6 (1996), scrie că „s-a estimat că 77 la sută dintre toate consultaţiile pentru boli mintale din SUA se petrec în cabinetul unui generalist […], mai puţin de 20 la sută dintre aceşti pacienţi se plâng de simptome sau suferinţe psihologice“, p. S4. Elizabeth McCauley et al., în The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents, în Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry 30, nr. 4 (1991), scrie că „somatizarea a fost bine documentată ca modalitate prin care se prezintă depresia, în special la indivizii şi/sau culturile în care recunoaşterea şi exprimarea stărilor afective nu este acceptabilă“, p. 631. Mai multe informaţii găsiţi la Remi Cadoret et al., Somatic Complaints, în Journal of Affective Disorders 2 (1980).

18. Procentele date aici se găsesc în D.A. Regier et al., The de facto mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchement Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services, în Archives of General Psychiatry 50, nr. 2 (1993). În studiu se afirmă: „Persoanele cu depresie unipolară majoră au avut o rată intermediară de utilizare a serviciilor de sănătate mintală, în

care aproape jumătate (49 la sută) au primit într-o anumită măsură îngrijire profesională, dintre care 27,8 la sută au folosit sectorul de îngrijire [de specialitate pentru sănătate mintală/dependenţă], iar 25,3 la sută sectorul de îngrijire [medicală generală]“, p. 91.

19. Faptul că peste 95 la sută dintre toate persoanele care suferă de depresie sunt tratate de medici generalişti este afirmat în Jogin Thakore şi David John, Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards, în British Journal of General Practice 46 (1996).

20. Faptul că depresia este recunoscută doar în 40 la sută dintre cazuri la adulţi şi 20 la sută dintre cazuri la copii a fost afirmat de Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), într-un interviu din 29 ianuarie 1997.

21. Numărul estimat de persoane care iau prozac şi alţi ISRS este preluat din Joseph Glenmullen, Prozac Backlash, p. 15.

22. Ratele mortalităţii legate de depresie au fost studiate pe larg, iar rezultatele nu sunt pe deplin compatibile între ele. Cifra de 15 la sută a fost stabilită iniţial de S.B. Guze şi E. Robbins, Suicide and affective disorders, în British Journal of Psychiatry 117 (170), şi a fost confirmată de Frederick Goodwin şi Kay Jamison, într-o amplă trecere în revistă a treizeci de studii, inclusă în cartea lor Manic-Depressive Illness (tabelul de la pp. 152–153). Ratele mai scăzute se bazează pe lucrarea lui G.W. Blair-West, G.W. Mellsop şi M.L. Eyenson-Annan, Down-rating lifetime suicide risk in major depression, în Acta Psychiatrica Scandinavica 95 (1997). Acest studiu a demonstrat că, dacă se iau estimările actuale ale nivelurilor depresiei şi se aplică 15 la sută, cifra totală a sinuciderilor obţinută ar fi de cel puţin patru ori mai mare decât apare, de fapt, din documente. Mai recent, unii cercetători au propus 6 la sută, dar aceasta se bazează pe un eşantion de populaţie ce pare să conţină un număr înşelător de mare de persoane tratate în regim de internare (H.M. Inskip, E. Clare Harris şi Brian Barraclough, Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia, în British Journal of Psychiatry 172, 1998). Cea mai recentă lucrare este J. M. Bostwick şi S. Pancratz, Affective disorders and suicide risk: a re-examination, în American Journal of Psychiatry (în curs de publicare). Această lucrare stabileşte o rată de 6 la sută pentru persoanele care au fost spitalizate pentru depresie, 4,1 la sută pentru cele care au primit tratament în regim de internare şi 2 la sută pentru cele care n-au primit tratament în regim de internare. Trebuie să subliniem că problemele statistice implicate în aceste calcule sunt extrem de complicate şi că diferitele metode de calculare a mortalităţii proporţionale au dat rate diferite, cele mai multe mai mari decât cele stabilite de Bostwick şi Pancratz.

23. Ratele comparative ale depresiei cumulative au fost preluate din Cross-National Collaborative Group, The Changing Rate of Major Depression, în Journal of Affective Disorders 268, nr. 21 (1992) (fig. 1, p. 3100).

24. Ideea că depresia apare la o populaţie mai tânără este luată din D.A. Regier et al., Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U.S. community populations, în Archives of General Psychiatry 48 (1991).

25. Găsiţi o exegeză deosebit de elocventă a efectelor negative ale supermodelelor asupra femeilor în Naomi R. Wolf, The Beauty Myth.

26. În The Raising of Intelligence, Herman Spitz afirmă: „Uşoara retardare este amplasată pe Scalele de Inteligenţă Wechsler la IQ 55–69, iar pe Scala de Inteligenţă Stanford–Binet la IQ 52–67“, p. 4.

27. Neguţătorul din Veneţia, actul I, scena 1, versurile 2–7 (trad. rom. de Gala Galaction, în William Shakespeare, Opere, vol. 2, Editura de Stat pentru Literatură şi Artă, Bucureşti, 1955, p. 135 – n.tr.).

28. Pastilele pe care le văd în aceste culori sunt buSpar şi Zyprexa (alb), effexor cu efect imediat (roz), effexor cu efect prelungit (roşu) şi wellbutrin (turcoaz).

29. Faptul că ratele cancerului de piele sunt în creştere este indicat de numeroase studii. În H. Irene Ball et al., Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States, publicat în Journal of the American Academy of Dermatology 40 (1992), se afirmă: „În ultimele decenii, melanomul a devenit mult mai frecvent; creşterea ratelor lui de incidenţă şi mortalitate a fost printre

cele mai mari dintre toate tipurile de cancer“, p. 35.

30. SPF (sun protection factor) „factor de protecţie împotriva soarelui“ (n.ed.).

31. Părerile lui Hippocrates despre depresie sunt discutate pe larg în capitolul 8.

32. Ororile comise de khmerii roşii sunt documentate pe larg. Pentru reconstituirea impresionantă a atrocităţilor, recomand filmul The Killing Fields.

33. Citatul din Ovidiu (Welcome this pain, for you will learn from it) l-am preluat din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 66.

34. Ovidius, Amores, III, XIa, v. 7: Perfer et obdura! dolor hic tibi proderit olim „Îndură şi ţine-te tare! Durerea fi-ţi-va cândva de folos“ (n.ed.).

II
Căderile psihice

N-am ştiut ce e depresia decât după ce-mi rezolvasem în mare problemele. Mama murise cu trei ani înainte şi începusem să fac faţă acestui lucru; îmi publicam primul roman; mă înţelegeam cu familia; ieşisem nevătămat dintr-o relaţie intensă de doi ani; îmi cumpărasem o casă frumoasă; scriam la *The New Yorker*. Tocmai când viaţa îmi intrase, în sfârşit, pe făgaşul normal şi toate scuzele pentru deznădejde fuseseră epuizate – depresia şi-a făcut tiptil apariţia şi a stricat totul. Am simţit cu toată fiinţa că nu exista nici o scuză pentru ea în acele condiţii. Să fii depresiv când ai avut parte de o traumă ori când viaţa ta e întru totul un haos e una, dar să te pomeneşti depresiv când ai reuşit, în sfârşit, să treci peste traumă, iar viaţa ta nu mai e haotică este extrem de derutant şi destabilizator. Desigur, eşti conştient de cauzele profunde: continua criză existenţială, necazurile uitate ale copilăriei îndepărtate, neînsemnate greşeli săvârşite faţă de oameni care acum nu mai sunt în viaţă, pierderea anumitor prietenii din proprie neglijenţă, adevărul că nu eşti Tolstoi, absenţa din această lume a iubirii perfecte, impulsurile de lăcomie şi nemilostenie care stau prea aproape de inimă – genul ăsta de lucruri. Acum însă, parcurgând lista asta, eram convins că depresia mea era pe cât de raţională, pe atât de incurabilă.

În anumite privinţe materiale esenţiale, nu dusesem o viaţă grea. Cei mai mulţi oameni ar fi fost fericiţi să aibă în mână cărţile de joc cu care pornisem. Am avut, după standardele mele, perioade mai bune şi perioade mai rele, dar coborâşurile nu sunt o explicaţie suficientă pentru ceea ce mi s-a întâmplat. Dacă viaţa mea ar fi fost mai grea, mi-aş fi privit cu totul altfel depresia. De fapt, am avut o copilărie rezonabil de fericită, cu doi părinţi care-şi arătau din belşug iubirea şi cu un frate mai mic, şi el iubit, cu care, în general, mă înţelegeam bine. Era o familie destul de unită ca să-mi pot imagina vreodată divorţul sau o înfruntare reală între părinţii mei, care într-adevăr se iubeau foarte mult; şi, cu toate că se certau uneori dintr-un motiv sau altul, nici unul dintre ei n-a pus niciodată la îndoială devotamentul lor absolut unul faţă de altul şi faţă de fratele meu şi de mine. Întotdeauna am avut destul cât să trăim

confortabil. N-am fost simpatizat în şcoala elementară şi medie, dar la sfârşitul liceului aveam un cerc de prieteni cu care eram fericit. Totdeauna am fost un elev bun.

În copilărie, eram destul de sfios, temându-mă de respingere în situaţiile în care trebuia să ies în faţă – dar cine nu este? În liceu, eram conştient de momentele în care starea mea de spirit era tulbure, lucru care, iarăşi, nu pare neobişnuit în adolescenţă. Într-o vreme, în clasa a XI-a, eram convins că edificiul în care aveam orele (care stătea în picioare de aproape o sută de ani) o să se prăbuşească, şi-mi amintesc că trebuia să mă împotrivesc cu tărie în fiecare zi acelei ciudate nelinişti. Ştiam că e neobişnuită, şi m-am simţit uşurat când, după vreo lună, mi-a trecut.

M-am dus apoi la facultate, unde pluteam de fericire şi unde am cunoscut oamenii care-mi sunt, până în ziua de azi, prietenii cei mai apropiaţi. Am studiat şi am cântat cu sârg. Am devenit conştient atât de o gamă de emoţii noi, cât şi de sfera de acţiune a intelectului. Uneori, când eram singur, mă simţeam brusc izolat, iar sentimentul nu era doar tristeţea că sunt singur, ci era spaimă. Aveam mulţi prieteni, aşa că mă duceam la câte unul şi, de obicei, uitam de nefericire. Era o problemă ocazională şi care nu mă prejudicia în nici un fel. Am continuat cu un masterat în Anglia şi, când mi-am terminat studiile, am trecut destul de lin la cariera de scriitor. Am rămas la Londra câţiva ani. Aveam o droaie de prieteni şi câteva flirturi. În multe privinţe, toate acestea au rămas aproape neschimbate. Am dus până acum o viaţă frumoasă, şi sunt recunoscător pentru asta.

Când cazi într-o depresie majoră, ai tendinţa să priveşti înapoi şi să-i cauţi rădăcinile. Te întrebi de unde vine, dacă nu cumva a fost acolo dintotdeauna, imediat sub înveliş, ori dacă s-a abătut asupra ta brusc, ca o intoxicaţie alimentară. De la prima cădere psihică încolo, am petrecut luni întregi catalogând greutăţile de la începutul vieţii, chiar dacă nu erau mare lucru. Am venit pe lume în poziţie inversă, şi unii autori legau naşterea în poziţia pelviană de trauma de la început. Eram dislexic, însă mama, care a identificat devreme problema, a început să mă înveţe cum s-o compensez încă de când aveam doi ani, aşa că n-a fost niciodată pentru mine un impediment serios. Când eram mic, vorbeam mult şi nu-mi coordonam bine mişcările. Când am rugat-o pe mama să identifice traumele mele din primii ani, a spus că nu mi-a fost uşor să învăţ să merg, că, în vreme ce vorbele păreau să-mi vină fără nici un efort, controlul motor şi echilibrul au venit târziu şi erau imperfecte. Mi se spune că tot cădeam şi iar cădeam, că numai cu multe îndemnuri încercam,

măcar, să stau drept. Lipsa ulterioară a calităţilor mele sportive a făcut să nu fiu simpatizat în şcoala elementară. Desigur, eram dezamăgit de faptul că nu eram acceptat de colegi, dar întotdeauna am avut câţiva prieteni şi întotdeauna mi-au plăcut adulţii, cărora şi eu le plăceam.

Am multe amintiri nesigure, nestructurate, din primii ani de viaţă, aproape toate fericite. O psihoterapeută la care m-am dus o dată mi-a spus că o secvenţă vagă a unor amintiri din primii ani de viaţă, din care nu înţelegeam mare lucru, i-a sugerat că am fost supus cândva unui abuz sexual juvenil. Sigur că e posibil, dar n-am fost niciodată în stare să construiesc o amintire convingătoare despre acest lucru, ori să adaug alte dovezi. Dacă s-a întâmplat ceva, trebuie să fi fost foarte discret, pentru că eram un copil privit cu multă atenţie, şi orice vânătaie sau perturbare ar fi fost observate. Îmi amintesc un episod dintr-o tabără de vară, pe când aveam şase ani, şi am fost copleşit de teamă, brusc şi inexplicabil. Pot vedea scena cu toate amănuntele: terenul de tenis mai sus, cantina la dreapta mea şi, la vreo cincisprezece metri mai încolo, stejarul cel mare sub care şedeam şi ascultam poveşti. Dintr-odată, nu m-am mai putut mişca. Eram copleşit de ideea că o să mi se întâmple ceva îngrozitor, acum ori mai târziu, şi că tot restul vieţii n-o să fiu liber. Viaţa, care până atunci păruse o suprafaţă solidă pe care stăteam, a devenit brusc moale şi flască, şi am început să lunec prin ea. Dacă stăteam nemişcat, poate că o scoteam la capăt, dar, de îndată ce mă mişcam, aş fi fost iar în primejdie. Părea să fie foarte important dacă o luam la stânga sau la dreapta sau drept înainte, dar nu ştiam care direcţie mă va salva, cel puţin pe moment. Din fericire, a venit un supraveghetor şi mi-a spus să mă grăbesc, întârziasem la înot, şi acea stare de spirit a dispărut, dar multă vreme mi-am amintit-o şi am sperat că n-o să revină.

Mă gândesc că aceste lucruri nu sunt neobişnuite la copiii mici. Angoasa existenţială la adulţi, oricât ar fi de dureroasă, are de obicei o nuanţă conştientă de joc de noroc; revelaţia fragilităţii omului, prima semnalare a caracterului muritor sunt devastatoare şi excesive. Le-am văzut la nepotul şi finii mei. Ar fi romantic şi naiv să spun că în iulie 1969, în tabăra de la Grant Lake, am înţeles că o să mor într-o zi, dar e adevărat că m-am izbit, aparent fără vreun motiv, de propria vulnerabilitate în general, de faptul că părinţii mei nu controlau lumea cu tot ce se petrecea în ea, şi că nici eu n-o să fiu niciodată în stare s-o controlez. Am memoria slabă, şi, după acel episod din tabără, am început să mă tem de ceea ce se pierde în decursul timpului, iar noaptea, întins în pat, încercam să-mi amintesc lucruri petrecute în ziua

aceea, ca să le pot păstra – o imaterială dorinţă de a avea. Preţuiam, mai ales, sărutările de noapte bună ale părinţilor mei, şi dormeam cu capul pe o bucată de pânză pe care să rămână dacă s-ar fi desprins de pe faţa mea, ca să le pot strânge şi păstra pe vecie.

În liceu, am devenit conştient de un simţ confuz al sexualităţii, despre care aş zice că a fost provocarea afectivă cea mai impenetrabilă din viaţa mea. Am ascuns problema în spatele sociabilităţii, ca să nu trebuiască s-o înfrunt, o apărare fundamentală, pe care am păstrat-o până la terminarea facultăţii. Au fost nişte ani de nesiguranţă, o poveste lungă de relaţii cu bărbaţi şi femei; asta complica mai ales relaţia mea cu mama. Din când în când, am înclinat spre o nelinişte intensă nelegată de nimic anume, un amestec ciudat de tristeţe şi teamă izvorâtă de niciunde. Se abătea asupra mea uneori când şedeam în autobuzul care mă ducea la şcoală, când eram mic. Se abătea asupra mea uneori în serile de vineri, când eram la facultate, când zgomotul petrecerilor pe care eram silit să-l aud copleşea intimitatea întunericului. Se abătea asupra mea uneori când citeam şi se abătea asupra mea uneori când făceam dragoste. Se abătea asupra mea întotdeauna când plecam de acasă, şi încă mai este un accesoriu al plecării. Chiar dacă plec doar la sfârşit de săptămână, dă năvală când încui uşa casei. Şi, de obicei, venea şi când mă întorceam acasă. Mama, o prietenă, chiar şi unul dintre câinii noştri mă întâmpinau, iar eu mă întristam nespus, şi tristeţea aceea mă înspăimânta. Am înfruntat problema interacţionând compulsiv cu oamenii, ceea ce izbutea aproape totdeauna să-mi abată atenţia. Trebuia să fluier de zor un cântecel vesel, ca să mă strecor afară din acea tristeţe.

În vara de după ultimul an de facultate, am avut o uşoară cădere, dar, în acel moment, habar n-aveam despre ce e vorba. Călătoream prin Europa, având vara de libertate deplină pe care mi-o dorisem întotdeauna. Fusese un soi de cadou de absolvire din partea părinţilor mei. Am petrecut o lună minunată în Italia, după care m-am dus în Franţa şi apoi mi-am vizitat un prieten din Maroc. Marocul m-a intimidat. Era ca şi cum aş fi fost eliberat prea mult de prea multe restricţii obişnuite, şi eram tot timpul agitat, aşa cum mă simţeam de obicei în culise înainte de a intra pe scenă, într-o piesă jucată la şcoală. M-am întors la Paris, am întâlnit acolo alţi câţiva prieteni, m-am distrat de minune şi apoi m-am dus la Viena, unde îmi dorisem dintotdeauna să merg. N-am putut să dorm la Viena. Am ajuns, m-am cazat la o pensiune şi m-am întâlnit cu nişte vechi prieteni, care erau şi ei la Viena. Am plănuit să ne ducem împreună la Budapesta. Am petrecut prieteneşte o seară în oraş,

după care m-am întors şi n-am putut să închid un ochi toată noaptea, îngrozit de ideea că făcusem o greşeală cumplită, deşi n-aş fi putut spune care anume. A doua zi, eram prea crispat ca să iau micul dejun într-o încăpere plină de străini, dar, când am ieşit, m-am simţit mai bine şi am hotărât să văd nişte opere de artă. M-am gândit că probabil era vorba doar de faptul că făceam mai multe lucruri decât eram obişnuit. Prietenii mei cinau cu altcineva, iar când mi-au spus asta m-am simţit izbit în inimă, ca şi cum mi s-ar fi spus despre planul de a ucide pe cineva. Au fost de acord să ne întâlnim, ca să bem ceva după cină. Pur şi simplu, n-am putut să intru într-un restaurant necunoscut şi să comand singur (deşi mai făcusem asta de atâtea ori înainte); şi n-am putut să intru în vorbă cu nimeni. Când, în cele din urmă, m-am întâlnit cu prietenii mei, tremuram. Ne-am dus la un local, iar eu am băut mult mai mult decât de obicei şi, pe moment, m-am simţit liniştit. În noaptea aceea, iarăşi am stat treaz, cu o durere de cap cumplită şi stomacul zvârcolindu-se, obsedat de grijile legate de călătoria cu vaporul până la Budapesta. Am petrecut cumva ziua următoare, iar în a treia noapte fără somn am fost atât de îngrozit, încât n-am putut să mă scol din pat ca să mă duc la baie. Mi-am sunat părinţii. „Trebuie să vin acasă“, am zis. Au fost tare surprinşi, deoarece înainte de călătorie insistasem pentru fiecare zi şi oraş în plus, dornic să-mi lungesc cât mai mult posibil timpul petrecut în străinătate. „S-a întâmplat ceva?“ au întrebat, şi n-am putut spune decât că nu mă simt bine şi că totul se dovedise mai puţin interesant decât mă aşteptam. Mama m-a înţeles. „Călătoria de unul singur poate fi grea“, a spus. „Mă gândeam c-o să dai de nişte prieteni pe acolo, dar chiar şi aşa poate fi tare obositor.“ Tata a zis: „Dacă vrei să vii acasă, du-te să-ţi cumperi un bilet pe cardul meu şi vino acasă.“

Am cumpărat biletul, mi-am făcut bagajele şi m-am întors acasă în acea după-amiază. Părinţii m-au aşteptat la aeroport. „Ce s-a întâmplat?“ m-au întrebat, dar n-am putut spune decât că n-am mai putut să stau acolo. În îmbrăţişarea lor, m-am simţit la adăpost pentru prima oară de săptămâni întregi. Am suspinat uşurat. Când ne-am întors în apartamentul în care crescusem, eram deprimat şi mă simţeam de-a dreptul stupid. Îmi ratasem marea vară de călătorii; mă întorsesem la New York, unde n-aveam nimic de făcut, în afara ştiutelor treburi gospodăreşti. Nu văzusem Budapesta. Le-am telefonat câtorva prieteni, care au fost surprinşi să mă audă. Nici măcar n-am încercat să explic ce se-ntâmplase. Mi-am petrecut restul verii acasă. Eram plictisit, sâcâit şi cam îmbufnat, deşi au fost câteva momente frumoase

petrecute împreună.

Am uitat, mai mult sau mai puţin, toate acestea în anii următori. După acea vară, m-am dus să studiez în Anglia. La o nouă universitate, într-o altă ţară, nu m-am panicat deloc. M-am obişnuit imediat cu noua viaţă, mi-am găsit iute prieteni, m-am descurcat bine la învăţătură. Iubeam Anglia, şi se părea că nu mă mai sperie nimic. Tipul neliniştit care urmase facultatea în America lăsase locul tipului solid, încrezător, destins. Când dădeam o petrecere, toată lumea voia să vină. Cei mai apropiaţi prieteni (care se numără încă printre cei mai apropiaţi prieteni) erau oameni cu care stăteam la taclale toată noaptea, într-o apropiere profundă şi plină de viaţă extrem de plăcută. Sunam acasă o dată pe săptămână, iar părinţii au observat că vocea mea părea mai fericită ca oricând. Doream intens companie când mă simţeam tulburat, şi o găseam. Timp de doi ani, am fost fericit în cea mai mare parte a timpului, şi nefericit doar din pricina vremii rele, a faptului că era greu să fac pe toată lumea să mă iubească nemijlocit, că nu dormeam destul şi că începea să-mi cadă părul. Singura tendinţă depresivă permanent prezentă în mine era nostalgia: spre deosebire de Edith Piaf, eu regret totul tocmai pentru că s-a terminat, şi la doisprezece ani deja jeleam după timpul trecut. Chiar şi când sunt în cea mai bună dispoziţie, totdeauna e ca şi cum m-aş lua la trântă cu prezentul, într-o încercare zadarnică de a-l opri să devină trecut.

Îmi amintesc că perioada imediat următoare împlinirii a douăzeci de ani a fost rezonabil de calmă. Am hotărât, aproape dintr-o toană, să devin aventurier şi am început să-mi ignor neliniştea chiar şi când era legată de situaţii înspăimântătoare. La optsprezece luni după ce mi-am terminat lucrarea de licenţă, am început să fac călătorii. În Moscova sovietică,[35] o parte din timp am locuit într-un spaţiu ocupat ilegal, împreună cu nişte artişti pe care i-am cunoscut acolo. Când cineva a încercat, la Istanbul, să mă jefuiască într-o noapte, i-am ţinut piept, şi omul a fugit fără să-mi fi luat nimic. Mi-am îngăduit orice fel de sexualitate; m-am debarasat de cea mai mare parte dintre sentimentele refulate şi spaimele erotice. Mi-am lăsat părul lung; l-am tăiat scurt. Am cântat de câteva ori cu o formaţie rock;[36] m-am dus la operă. Mi-a apărut pofta de experienţe, şi am avut cât de multe experienţe am putut, în câte locuri mi-am putut permite să vizitez. M-am îndrăgostit şi m-am stabilit într-o căsnicie fericită.

Iar apoi, în august 1989, când aveam douăzeci şi cinci de ani, mamei i-a fost diagnosticat un cancer ovarian, şi lumea mea fără cusur a început să se năruiască. Dacă nu s-ar fi îmbolnăvit, viaţa mea ar fi fost cu totul alta; dacă

povestea aceea ar fi fost doar un pic mai puţin tragică, poate că aş fi trecut prin viaţă cu tendinţe depresive, dar fără nici o cădere psihică; sau poate că aş fi avut o cădere psihică mai târziu, ca parte a crizei de la mijlocul vieţii; ori poate că aş fi avut una întocmai aşa cum am avut-o. Dacă prima parte a unei biografii afective este alcătuită din experienţe precursoare, a doua parte e constituită din experienţe declanşatoare. Cele mai grave depresii sunt precedate de depresii mai mici, care au trecut, în cea mai mare parte, neobservate sau, pur şi simplu, neexplicate. Fireşte, mulţi oameni care nu ajung niciodată la depresie au experienţe care, retroactiv, ar putea fi definite ca episoade precursoare dacă ar fi dus la ceva, şi care sunt eliminate din amintire doar pentru că ceea ce ar fi putut să prevestească nu s-a împlinit.

N-o să povestesc amănunţit cum s-a năruit totul, căci pentru cei care au trecut printr-o boală care macină e limpede, iar pentru cei care n-au trecut rămâne, poate, la fel de inexplicabil cum era pentru mine la douăzeci şi cinci de ani. E de-ajuns să spun că a fost cumplit. În 1991, mama a murit. Avea cincizeci şi opt de ani. Am fost paralizat de tristeţe. Cu tot şuvoiul de lacrimi şi imensa suferinţă, cu toată dispariţia persoanei de care depinsesem atât de constant şi de atâta vreme, în perioada de după moartea mamei am fost în ordine. Eram trist şi eram furios, dar nu eram smintit.

În vara aceea, am început psihoterapia. I-am spus femeii care avea să-mi fie terapeută că am nevoie să-mi promită ceva înainte de a începe, şi anume că va continua analiza până la capăt, indiferent ce se întâmplă, în afară de cazul în care se va îmbolnăvi grav. Se apropia de şaptezeci de ani. A fost de acord. Era o femeie fermecătoare şi înţeleaptă, care-mi amintea de mama. M-am bazat pe întâlnirile noastre zilnice ca să-mi ţin suferinţa în frâu.

La începutul anului 1992, m-am îndrăgostit de o persoană strălucitoare, frumoasă, generoasă, blândă şi extraordinar de prezentă în toate relaţiile noastre, dar care era şi incredibil de dificilă. Am avut o relaţie furtunoasă, deşi adesea fericită. A rămas gravidă în toamna lui 1992 şi a avut un avort, care mi-a dat un neaşteptat sentiment de pierdere. Spre sfârşitul anului 1993, în săptămâna dinainte să împlinesc treizeci de ani, ne-am despărţit de comun acord şi cu multă durere de ambele părţi. Am mai derapat o treaptă.

În martie 1994, psihoterapeuta mi-a spus că se retrage din activitate, deoarece naveta de la locuinţa sa din Princeton la New York devenise prea obositoare. Mă simţeam deja deconectat de la lucrarea noastră comună şi mă gândisem să-i pun capăt; cu toate acestea, când mi-a dat vestea, am izbucnit în hohote incontrolabile şi am plâns o oră întreagă. În general, nu prea plâng;

nu mai plânsesem aşa de la moartea mamei. M-am simţit pur şi simplu devastat de singurătate şi cu totul trădat. A fost nevoie de câteva luni (ea nu ştia sigur câte vor fi; până la urmă, a trecut mai mult de un an) ca să putem încheia relaţia înainte ca retragerea ei din activitate să se poată concretiza.

Mai târziu, în cursul acelei luni, m-am plâns aceleiaşi psihoterapeute de pierderea senzaţiilor, un soi de amorţeală, care-mi viciase toate relaţiile cu oamenii. Nu-mi păsa de iubire; de munca mea; de familie; de prieteni. Scrisul mi-a încetinit, apoi s-a oprit. „Nu ştiu nimic“, a scris cândva pictorul Gerhard Richter. „Nu pot face nimic. Nu pricep nimic. Nu ştiu nimic. Nimic. Şi toată suferinţa asta nici măcar nu mă face foarte nefericit.“[37] Şi eu constatam că toate emoţiile puternice dispăruseră, în afara unei anumite nelinişti sâcâitoare. Avusesem totdeauna un libidou nărăvaş, care m-a băgat de multe ori în bucluc; părea că s-a evaporat. Nu simţeam nici un pic din obişnuita mea dorinţă de intimitate fizică/afectivă şi nu eram atras nici de oamenii de pe stradă, nici de cei pe care-i cunoşteam şi-i iubisem; în împrejurările erotice, mintea mea se tot abătea către liste de cumpărături şi munca pe care trebuia s-o fac. Asta-mi dădea senzaţia că mă pierd, lucru care mă speria. Mi-am impus să-mi planific plăceri. În primăvara lui 1994, m-am dus la petreceri şi am încercat să mă distrez, dar n-am reuşit; m-am întâlnit cu prieteni şi am încercat să mă conectez la ei, dar n-am reuşit; am cumpărat lucruri scumpe pe care mi le dorisem înainte, dar nu mi-au adus nici o satisfacţie; şi am mers mai departe, cu lucruri extreme, pe care nu le mai încercasem, ca să-mi trezesc libidoul, uitându-mă la filme pornografice şi, în ultimă instanţă, apelând la serviciile unor prostituate. N-am fost prea îngrozit de nici unul dintre aceste comportamente noi, însă n-am fost în stare nici să aflu în ele vreo plăcere, ori măcar uşurare. Am discutat situaţia cu terapeuta mea: eram depresiv. Am încercat să ajungem la rădăcina problemei, în vreme ce simţeam cum ruperea de lume se accentuează lent, dar necontenit. Am început să mă plâng că sunt copleşit de mesajele de pe robotul telefonului meu şi am făcut fixaţia că apelurile, primite adesea de la prieteni, sunt o povară insuportabilă. De câte ori îi sunam pe cei care mă căutaseră, veneau şi mai multe apeluri. Începusem, de asemenea, să mă tem să conduc maşina. Când conduceam noaptea, nu puteam vedea drumul, ochii mi se tot uscau. Îmi ziceam tot timpul că o să mă izbesc de vreo barieră sau de altă maşină. Eram în mijlocul autostrăzii şi, deodată, îmi dădeam seama că nu ştiu să conduc. Consternat, trăgeam la marginea drumului, scăldat în sudori reci. Începusem să-mi petrec sfârşiturile de săptămână în oraş, ca să nu trebuiască

să conduc. Împreună cu terapeuta, am cercetat istoricul stărilor mele anxioase. Mi-a trecut prin cap ideea că relaţia cu prietena mea se încheiase din cauza unei faze timpurii a depresiei, deşi ştiam că era posibil şi ca sfârşitul acelei relaţii să fi contribuit la declanşarea ei. Pe când încercam descâlcirea problemei, tot schimbam data la care începuse depresia: la despărţire; la moartea mamei; la începutul bolii ei, care a durat doi ani; la sfârşitul unei relaţii anterioare; la pubertate; la naşterea mea. Curând, n-am mai putut să mă gândesc la un moment sau la un comportament care să nu fi fost simptomatic. Şi totuşi, ceea ce trăiam nu era decât o depresie nevrotică, caracterizată mai degrabă de tristeţe decât de sminteală. Se părea că o pot controla; era o versiune prelungită a ceva ce mai suferisem, ceva familiar, la un nivel ori altul, pentru mulţi oameni sănătoşi. Depresia îşi face apariţia la fel de treptat ca maturizarea.

În iunie 1994, o plictiseală permanentă a pus stăpânire pe mine. Primul meu roman fusese publicat în Anglia, şi totuşi primirea sa favorabilă n-a însemnat pentru mine prea mult. Am citit cu indiferenţă recenziile şi m-am simţit tot timpul obosit. În iulie, întors la New York, m-am pomenit că evenimentele sociale, ba chiar şi statul de vorbă mă împovărează. Totul părea că necesită mai mult efort decât merită. Metroul se dovedea insuportabil. Terapeuta mea, care încă nu se retrăsese din activitate, a zis că sufăr de o depresie uşoară. Am discutat motivele, ca şi cum numirea fiarei ar fi însemnat domesticirea ei. Cunoşteam prea mulţi oameni şi făceam prea multe; mi-am zis că trebuie să mă mai restrâng.

La sfârşitul lui august, am avut o criză de pietre la rinichi – problemă cu care mai avusesem a face o dată.[38] Mi-am sunat doctorul, care a promis că anunţă spitalul şi-mi urgentează trecerea prin serviciul de urgenţe. Dar, când am ajuns la spital, nimeni nu părea să fi fost anunţat. Durerea provocată de pietrele la rinichi e înfiorătoare: şederea acolo, în aşteptare, era ca şi cum cineva mi-ar fi înmuiat măduva spinării în acid, după care mi-ar fi cojit nervii până la miez. Cu toate că, de câteva ori, mi-am descris câtorva asistenţi durerea, nimeni n-a făcut nimic. Şi apoi, ceva a părut că se frânge în mine. În picioare în mijlocul cabinei mele de la serviciul de urgenţe al New York Hospital, am început să urlu. Mi-au făcut o doză de morfină. Durerea s-a potolit. Curând, a revenit; m-am tot dus şi întors de la spital timp de cinci zile. De patru ori mi s-a pus cateter; în cele din urmă, am fost pus pe doza de morfină maxim permisă, suplimentată cu injecţii cu demerol o dată la câteva ore. Mi s-a spus că pietrele nu se văd bine şi că nu mi se va face litotriţie, care

le-ar fi înlăturat rapid. Operaţia era posibilă, dar era dureroasă şi ar fi putut fi periculoasă. Nu voisem să-l deranjez pe tata, care era în concediu în Maine; acum, voiam să iau legătura cu el, deoarece cunoştea bine spitalul din vremea când mama era mereu prezentă şi mă putea ajuta să pună o vorbă bună. N-a părut îngrijorat. „Pietre la rinichi – o să treacă, sunt sigur că te faci bine, şi ne vedem când ajung acasă.“ În nici una dintre nopţile următoare n-am dormit mai mult de trei ore. Mă ocupam de o lucrare amplă – un articol despre politicile care vizează persoanele cu hipoacuzie – şi vorbeam ca prin ceaţă cu cei care verificau datele şi cu redactorii. Simţem cum îmi alunecă din mâini controlul asupra propriei vieţi. „Dacă durerea asta nu încetează“, i-am spus unui prieten, „o să mă omor.“ Nu mai spusesem asta niciodată.

Când am ieşit din spital, eram speriat tot timpul. Fie durerea, fie analgezicele îmi uzaseră complet mintea. Ştiam că pietrele se pot încă mişca de colo-colo, iar criza poate reveni. Mă temeam să fiu singur. M-am dus cu un prieten în apartamentul meu, mi-am strâns câteva lucruri şi m-am mutat. A fost o săptămână de rătăcire; am migrat de la un prieten la altul. Cei mai mulţi dintre oamenii ăştia se duceau la lucru ziua, iar eu stăteam în casele lor, evitând strada, grijuliu să nu fiu niciodată prea departe de telefon. Încă mai luam analgezice profilactice şi mă simţeam cam năuc. Eram mânios pe tata, mânios într-un mod iraţional, răsfăţat, incorect. Tata şi-a cerut iertare pentru ceea ce eu numisem comportamentul lui nepăsător şi a încercat să-mi explice că nu voise decât să-şi exprime uşurarea că aveam o boală care nu era fatală. Zicea că crezuse în relativul meu stoicism pe care-l arătasem la telefon. Am intrat într-o stare de agitaţie pe care nu mai izbutesc acum s-o înţeleg. Am refuzat să vorbesc cu el ori să-i spun unde mă duc. Din când în când, îl sunam şi-i lăsam mesaje pe robot: „Te urăsc şi aş vrea să mori“, aşa începeau de obicei. Somniferele mă ajutau să parcurg nopţile. Am avut o mică recidivă şi m-am întors la spital; nu era nimic grav, dar m-a speriat de moarte. Privind înapoi, pot zice că aceea a fost săptămâna în care am luat-o razna.

La sfârşit de săptămână, m-am dus în Vermont, la nunta unor prieteni. Era o minunată zi de sfârşit de vară. Aproape că anulasem călătoria, dar, după ce am aflat amănunte despre un spital din apropierea locului unde era nunta, m-am hotărât să încerc să mă duc. Am ajuns vineri, la timp pentru cină şi dans (n-am dansat deloc), şi am văzut o persoană pe care o cunoscusem cu totul marginal la facultate, cu zece ani înainte. Am stat de vorbă şi m-am simţit inundat de mai multă emoţie decât încercasem ani întregi. Am simţit că eu însumi strălucesc; m-am simţit în al nouălea cer şi n-am bănuit că din asta n-

avea să iasă nimic bun. Am plutit din emoţie în emoţie, într-un fel aproape fără sens.

După nunta din Vermont, derapajul a fost constant. Lucram din ce în ce mai prost. Mi-am anulat planurile de a mă duce în Anglia la altă nuntă, simţind că acea călătorie ar fi mai mult decât pot suporta, cu toate că în anul anterior mă tot dusesem şi mă întorsesem de la Londra fără mare greutate. Începusem să simt că nimeni nu mă poate iubi şi că n-o să mai fiu niciodată într-o relaţie. Nu aveam deloc senzaţii sexuale. Am început să mănânc la intervale neregulate, pentru că rareori mi se făcea foame. Terapeuta mi-a zis că era tot depresia, şi m-am simţit sătul de acest cuvânt şi sătul de terapeută. Am spus că nu mi-am ieşit din minţi, dar mă tem că o să-mi ies, şi că socoteşte ea oare că o să ajung să iau antidepresive, şi mi-a spus că evitarea medicamentelor e un lucru curajos şi că putem rezolva problema împreună. Acea conversaţie a fost ultima pe care am deschis-o; acelea au fost ultimele mele sentimente pentru multă vreme.

Depresia majoră are câţiva factori definitorii – cei mai mulţi având a face cu retragerea în sine, cu toate că depresia agitată/atipică poate să aibă mai degrabă un caracter negaţionist accentuat decât de pasivitate abătută – şi, de obicei, e destul de uşor de recunoscut; tulbură somnul, dorinţele şi energia. Tinde să sporească acuitatea la respingere şi poate fi însoţită de pierderea încrederii şi respectului de sine. Pare să depindă atât de funcţiile hipotalamice (ce reglează somnul, dorinţele şi energia), cât şi de funcţiile corticale (ce traduc cunoaşterea filozofică şi concepţia despre lume).39 Depresia care survine în faza maniaco-depresivă (sau bipolară) a bolii are o determinare genetică mai puternică (circa 80 la sută) decât depresia standard (circa 10-50 la sută);40 cu toate că răspunde mai frecvent la tratament, nu e uşor de controlat, în special din cauză că medicamentele antidepresive pot să provoace manie. Cea mai mare primejdie în cazul bolii maniaco-depresive[41] e faptul că ea declanşează uneori aşa-numitele „stări mixte“, în care bolnavul e depresiv în mod maniacal – plin de sentimente negative care se i definesc ca emfază. Acesta e motivul principal al producerii sinuciderii, şi poate fi, şi ea, cauzată de folosirea antidepresivelor fără stabilizatorii de stare, care sunt o parte necesară a medicaţiei bipolare. Depresia poate fi „de epuizare“ sau atipică/agitată. În cazul celei dintâi, n-ai chef să faci nimic; în cazul celei de-a doua, îţi vine să te sinucizi. Căderea psihică e trecere către nebunie. Este, ca să preiau o metaforă din fizică, un comportament necaracteristic al materiei, determinat de variabile ascunse. Este, de asemenea, un efect cumulativ:

indiferent dacă-i poţi vedea sau nu, factorii care duc la o cădere psihică depresivă se acumulează pe parcursul anilor, de obicei pe parcursul întregii vieţi. Nu există viaţă care să nu conţină materie pentru deznădejde, dar unii oameni se apropie prea mult de margine, iar alţii reuşesc să stea uneori trişti, într-un luminiş sigur, departe de faleze. După ce ai trecut dincolo, regulile se schimbă cu totul. Tot ce fusese scris în limba ta maternă e scris acum în chineză; tot ce mergea repede e acum lent; în somn eşti limpede la cap, în vreme ce starea de trezie e o înşiruire de imagini fără legătură între ele, fără înţeles. Simţurile te părăsesc încetul cu încetul în ghearele depresiei. „E un moment în care simţi dintr-odată cum procesele chimice îşi iau tălpăşiţa“, mi-a spus odată Mark Weiss, un prieten depresiv. „Respir altfel, iar respiraţia mea duhneşte. Urina mea are un miros dezgustător. Chipul mi se desface, în oglindă, bucăţi. Ştiu când a venit momentul.“

La trei ani, hotărâsem că vreau să mă fac romancier. De atunci încoace, abia aşteptam să public un roman. Când am avut treizeci de ani, mi s-a publicat primul roman, şi planificasem un turneu de lectură, dar uram ideea asta. Un bun prieten se oferise să facă pentru mine o serată literară pe 11 octombrie. Îmi plac reuniunile şi iubesc cărţile. Ştiam că ar trebui să fiu în al nouălea cer, dar eram prea pleoştit ca să invit multă lume şi prea sleit ca să stau mult în picioare la petrecere. Funcţiile memoriei şi cele ale afectelor sunt distribuite în tot creierul, însă sistemul cortical frontal şi cel limbic sunt esenţiale pentru ambele, iar când prejudiciezi sistemul limbic care controlează afectele, lezezi şi memoria. Îmi amintesc de acea reuniune doar ca de nişte contururi fantomatice, în culori spălăcite: mâncare cenuşie, oameni bej, lumini tulburi prin camere. Îmi amintesc că transpiram cumplit tot timpul şi că ardeam de dorinţa de a pleca. Am încercat să pun toate astea pe seama stresului. Eram hotărât să păstrez cu orice preţ aparenţele, un impuls care avea să-mi fie de mare folos. Aşa am făcut: nimeni n-a părut să observe nimic ciudat. Am trecut cu bine seara.

Când am ajuns acasă, am început, în noaptea aceea, să simt spaima. Am zăcut în pat, fără să dorm, strângând în braţe perna, ca să mă simt bine. În următoarele două săptămâni şi jumătate, lucrurile s-au înrăutăţit tot mai tare. Cu puţin înainte de ziua în care împlineam treizeci şi unu de ani, eram făcut bucăţi. Întregul meu organism părea că se surpă. Nu aveam în acea vreme nici o relaţie sentimentală. Tata se oferise să facă o petrecere de ziua mea, dar nu puteam suferi ideea, şi ne-am înţeles să mergem mai bine la unul dintre restaurantele mele preferate, împreună cu patru dintre prietenii mei cei mai

buni. În ajunul zilei mele, am ieşit din casă o singură dată, ca să cumpăr câte ceva de-ale gurii. Când mă întorceam de la magazin, mi-am pierdut deodată controlul intestinului gros şi am făcut pe mine. Simţeam, pe măsură ce grăbeam pasul spre casă, că pata se întinde. Când am ajuns acasă, am lăsat punga cu cumpărături, m-am repezit în baie, m-am dezbrăcat, după care m-am aşezat în pat.

N-am prea dormit în noaptea aceea, şi n-am putut să mă scol a doua zi. Ştiam că n-o să mă pot duce la nici un restaurant. Am vrut să-mi sun prietenii, ca să contramandez întâlnirea, dar n-am putut. Am zăcut, fără să mă clintesc, şi m-am gândit la faptul de a vorbi, încercând să-mi dau seama cum s-o fac. Îmi mişcam limba, dar nu ieşea nici un sunet. Uitasem să vorbesc. Am început apoi să plâng, dar nu aveam lacrimi, doar o opintire incoerentă. Eram culcat pe spate. Am vrut să mă întorc pe burtă, dar nu-mi puteam aminti nici cum s-o fac. Am încercat să mă gândesc la asta, dar sarcina părea colosal de grea. Mi-am zis că poate avusesem un atac cerebral, şi apoi iar am plâns un pic. Pe la trei după-amiază, am reuşit să cobor din pat şi să mă duc la baie. M-am întors în pat dârdâind. Din fericire, a sunat tata. Am răspuns. „Trebuie să anulezi masa din seara asta“, i-am spus cu vocea tremurată. „Ce s-a-ntâmplat?“ mă tot întreba, dar nu ştiam.

Există un moment – atunci când te împiedici de ceva sau aluneci, înainte ca mâna să se repeadă în faţă ca să-ţi amortizeze căderea – când simţi că se repede pământul spre tine şi nu poţi face nimic, o spaimă trecătoare, de o fracţiune de secundă. Mă simţeam aşa oră după oră. Să fii neliniştit la acest nivel extrem e bizar. Simţi tot timpul că vrei să faci ceva, că există un afect pe care nu-l poţi avea, că există o nevoie fizică imposibil de urgentă şi neplăcută pentru care nu există uşurare, ca şi cum ai voma tot timpul ce ai în stomac, dar n-ai gură. În depresie, vederea ţi se îngustează şi începe să se închidă; e ca şi cum ai încerca să te uiţi la un televizor cu foarte mulţi paraziţi, unde parcă ai vedea imaginea, dar nu de-a binelea; unde nu poţi vedea niciodată feţele oamenilor, cu excepţia vreunui prim-plan; unde toate sunt lipsite de margini. Aerul pare dens şi-ţi opune rezistenţă, de parcă ar fi plin de pâine cleioasă. A deveni depresiv e ca şi cum ai orbi, întunericul e la început treptat, apoi atotcuprinzător; e ca şi cum ai surzi, auzi din ce în ce mai puţin, până ce în jurul tău e o tăcere cumplită, până ce nu mai poţi face ca vreun sunet de-al tău să străbată tăcerea. E ca şi cum ai simţi că hainele se prefac cu încetul în lemn pe trupul tău, o înţepeneală a coatelor şi a genunchilor care se transformă treptat într-o povară cumplită şi într-o

nemişcare izolatoare care te va atrofia şi, cu timpul, te va distruge.

Tata a venit la locuinţa mea împreună cu unul dintre prietenii mei, târându-i după el pe fratele meu cu logodnica lui. Din fericire, tata avea cheile. Nu mâncasem nimic de aproape două zile, şi au încercat să mă determine să mănânc un pic de somon afumat. Toţi credeau că luasem probabil un soi de virus fioros. Am luat câteva îmbucături, apoi am vomat pe mine. Nu mă puteam opri din plâns. Îmi uram casa, dar nu puteam să plec din ea. A doua zi, am reuşit cumva să ajung la cabinetul psihoterapeutei mele. „Cred că va trebui să încep să iau medicamente“, am zis, căutându-mi cu greu vorbele. „Îmi pare rău“, a zis ea, şi a sunat un psihofarmacolog, care a fost de acord să mă vadă într-o oră. Ea a ştiut, cel puţin, că trebuie să cerem ajutor, oricât de târziu era. În anii ’50, în acord cu gândirea din acea vreme, analistul supervizor i-a spus unui psihoterapeut pe care-l cunosc că, dacă are de gând să-i recomande unui pacient medicamente, va trebui să înceteze psihoterapia. Poate că ceva de modă veche o făcuse pe terapeuta mea să mă încurajeze să evit medicamentele? Ori poate că a fost şi ea amăgită de aparenţele pe care mă străduiam să le păstrez? N-o să ştiu niciodată.

Psihofarmacologul părea ieşit din cine ştie ce film despre doctori de nebuni; cabinetul îi era tapetat în mătase decolorată de culoarea muştarului, avea aplice de modă veche pe pereţi şi, peste tot, erau teancuri înalte de cărţi cu titluri ca *Dependent de suferinţă* şi *Comportamentul sinucigaş: căutarea organizării psihice*. Trecuse de şaptezeci de ani, fuma trabuc, avea accent central-european şi purta pâslari. Avea în comportament eleganţa de dinainte de război şi un zâmbet blând. Mi-a pus o serie rapidă de întrebări specifice – Cum mă simt dimineaţa în comparaţie cu seara? Ştiu de ce anume mă tem? S-au modificat tiparele somnului şi dorinţele? – şi mi-am dat toată silinţa să-i răspund. „Bun, bun“, a zis liniştit, pe când îmi etalam spaimele. „Cât se poate de clasic, chiar aşa. Nu te teme, curând te facem bine.“ A scris o reţetă pentru xanax, apoi a scormonit primprejur, până a dat de un pachet de începător pentru zoloft. Mi-a dat instrucţiuni amănunţite cum să încep să-l iau. „Te întorci aici mâine“, a spus zâmbind. „Zoloftul n-o să-şi facă efectul decât după o vreme. Xanaxul o să-ţi reducă pe dată anxietatea. Nu-ţi face griji despre faptul că dă dependenţă şi aşa mai departe, căci, pe moment, nu astea sunt problemele tale. După ce scăpăm cumva de anxietate, o să putem vedea mai limpede depresia şi să ne ocupăm de asta. Nu-ţi face griji, ai un grup de simptome cât se poate de firesc.“

În prima zi de medicaţie, m-am mutat în apartamentul tatălui meu. Tata

avea atunci aproape şaptezeci de ani, şi cei mai mulţi dintre bărbaţii de această vârstă nu suportă uşor schimbări totale în viaţa lor lor. Pe tata trebuie să-l laud nu numai pentru generosul său devotament, ci şi pentru flexibilitatea minţii şi a spiritului, care i-au permis să înţeleagă că poate fi sprijinul meu în clipele grele, precum şi pentru curajul care l-a ajutat să fie acel sprijin. M-a luat de la cabinetul doctorului şi m-a dus la el acasă. Nu-mi adusesem haine curate, dar nici n-aveam cu adevărat nevoie de ele, căci în săptămâna care a urmat aveam să mă dau rareori jos din pat. Pe moment, panica era singura mea senzaţie. Xanaxul alunga panica dacă luam destule pastile, dar „destule“ însemna destul ca să mă facă să mă prăbuşesc cu totul într-un somn greu, ameţitor, cu vise apăsătoare. Zilele curgeau în felul următor: mă trezeam, ştiind că ceea ce simt e o panică imensă. Nu voiam decât să iau destule medicamente împotriva panicii ca să pot dormi iar, şi apoi voiam să dorm până mă fac bine. Când, peste câteva ore, mă trezeam, voiam să mai iau somnifere. Suicidul, ca şi îmbrăcatul erau lucruri prea complicate ca să mă pot gândi la ele; *nu* petreceam ore întregi gândindu-mă cum să fac aşa ceva. Nu voiam decât ca „asta“ să înceteze, n-aş fi putut nici măcar să izbutesc să precizez ce anume era „asta“. Nu izbuteam să spun prea multe; cuvintele – cu care fusesem totdeauna în relaţii foarte strânse – păreau dintr-odată foarte complicate, metafore grele, a căror folosire implica mult mai multă energie decât eram în stare să adun. „Melancolia ajunge, în cele din urmă, la pierderea înţelesului […]. Devin tăcută şi mor“, scria Julia Kristeva. „Persoanele melancolice sunt străine faţă de limba lor maternă. Limba moartă pe care o vorbesc le prevesteşte sinuciderea.“[42] Depresia, asemenea iubirii, e plină de clişee, şi e greu să vorbeşti despre ea fără să cazi în retorica şlagărelor siropoase; e atât de vie când o trăieşti, încât ideea că alţii au cunoscut ceva asemănător pare aproape imposibilă. Emily Dickinson a făcut, probabil, cea mai elocventă descriere a căderii psihice care a fost pusă vreodată pe hârtie:

I felt a Funeral, in my Brain,
And Mourners to and fro
Kept treading—treading—till it seemed
That Sense was breaking through—
And when they all were seated,
A Service, like a Drum—
Kept beating—beating—till I thought
My Mind was going numb—

And then I heard them lift a Box
And creak across my Soul
With thouse same Boots of Lead, again,
Then Space—began to toll,
As if the Heavens were a Bell,
And Being, but an Ear,
And I, and Silence, some strange Race
Wrecked, solitary, here—
And then a Plank in Reason, broke,
And I dropped down, and down—
And hit a World, at every plunge,
And Finished knowing—then—[43]

S-a scris relativ puţin despre faptul că aceste căderi psihice sunt groteşti; căutând demnitatea, şi căutând să dai demnitate suferinţelor altora, poţi uita cu uşurinţă acest lucru. Şi totuşi, e real şi adevărat – şi e evident atunci când eşti depresiv. Minutele depresiei sunt ca anii la câini: socotiţi cu noţiuni temporale artificiale. Îmi amintesc cum zăceam încremenit în pat, plângând pentru că mi-era prea frică să fac duş, dar ştiind, în acelaşi timp, că duşurile nu sunt înspăimântătoare. Parcurgeam iar şi iar în minte fiecare etapă: te răsuceşti şi pui tălpile pe podea; te ridici în picioare; te duci, de aici, în baie; deschizi uşa băii; mergi până la marginea căzii; deschizi robinetul; intri sub apă; te săpuneşti; te clăteşti; ieşi din cadă; te usuci; te duci înapoi în pat. Douăsprezece etape, care-mi păreau la fel de împovărătoare ca parcurgerea opririlor de pe Drumul Crucii. Ştiam însă, logic, că duşul e un lucru uşor, că ani de zile am făcut duş *zilnic* şi că l-am făcut atât de repede şi de firesc, încât nu trebuia justificat prin nici un comentariu. Ştiam că cele douăsprezece etape sunt, de fapt, foarte uşor de parcurs. Ştiam că aş putea chiar să rog pe cineva să mă ajute cu unele dintre ele. Ce clipe de alinare să-ţi treacă prin minte acel gând! Altcineva ar fi putut să deschidă uşa băii. Ştiam că aş fi putut, probabil, să parcurg două sau trei etape, aşa încât, folosind-mi întreaga forţă, mă ridicam în capul oaselor; mă răsuceam şi puneam tălpile pe podea; şi apoi mă simţeam atât de neputincios şi de speriat, că mă întorceam cu faţa în jos în pat, cu tălpile încă pe podea. Uneori, începeam iar să plâng, tânguindu-mă nu numai din cauza a ceea ce nu putusem să fac, ci şi pentru că mi se părea stupid că n-am putut s-o fac. În toată lumea, oamenii fac duş. De ce, o, de ce nu puteam fi unul dintre ei? Şi apoi mă gândeam că oamenii aceia au şi familii, şi slujbe, şi conturi în bănci, şi paşapoarte, şi planuri pentru cină, şi

probleme, probleme adevărate, cancer, şi foamete, şi moartea copiilor lor, şi singurătate care te rupe de lume, şi eşecuri; iar eu, în comparaţie cu ei, aveam atât de puţine probleme, în afară de faptul că nu mă puteam răsuci din nou decât după câteva ore, când tata sau un prieten venea şi mă ajuta să-mi salt iar picioarele în pat. Până atunci, ideea de a face duş ajunsese să pară stupidă şi lipsită de realism, şi aş fi fost uşurat să-mi pot ridica picioarele la loc, şi zăceam în siguranţa patului, şi mă simţeam ridicol. Iar uneori, în câte un ungher tăcut din mine, se auzea un hohot de râs din cauza acelui ridicol, şi faptul că eram în stare să văd asta este, cred, ceea ce m-a făcut s-o scot la capăt. Întotdeauna în străfundul minţii mele era o voce, liniştită şi limpede, care zicea: ia nu mai fi aşa miorlăit; fără melodramă. Dezbracă-te, pune-ţi pijamaua, aşază-te în pat; dimineaţa scoală-te, îmbracă-te şi fă tot ceea ce trebuie să faci. Am auzit vocea aceea tot timpul, voce care semăna cu a mamei. Simţeam tristeţe şi o cumplită însingurare când mă gândeam la ceea ce era pierdut. „Să-i pese oare cuiva – nu doar din miezul efervescent al culturii, ci oricui, fie şi dentistului meu – că am depus armele?“ Daphne Merkin scria într-un eseu-mărturisire despre propria depresie: „O să mă plângă oare lumea dacă nu mă mai întorc, dacă nu-mi mai ocup niciodată locul?“[44]

Când se însera, reuşeam să mă dau jos din pat. În cele mai multe cazuri, depresia are ritm circadian, progresează pe parcursul zilei şi scade în intensitate dimineaţa. La cină, simţeam că nu pot mânca, dar puteam să mă scol şi să şed în sufragerie cu tata, care-şi anulase toate planurile ca să stea cu mine. Atunci eram în stare şi să vorbesc. Încercam să povestesc cum este. Tata dădea din cap aprobator, mă asigura de fiecare dată că o să treacă şi încerca să mă facă să mănânc. Îmi tăia bucăţile de mâncare. Îi spuneam să nu-mi dea să mănânc, că n-am cinci ani, dar, când eram învins de dificultatea de a înfige furculiţa în bucata de cotlet de miel, o făcea el. Între timp, îşi amintea cum îmi dădea să mănânc când eram de-o şchioapă, şi mă punea să jur, în glumă, că o să-i tai eu cotletele de miel când o să fie bătrân şi fără dinţi. Ţinea legătura cu unii dintre prietenii mei – unii dintre prieteni mă sunau oricum –, iar după cină mă simţeam destul de bine ca să-i sun eu. Uneori, după cină, unii chiar veneau în vizită. Cu totul neaşteptat, îndeobşte chiar reuşeam să fac duş înainte de culcare! Şi nici un pahar cu apă după traversarea deşertului n-a fost niciodată o plăcere mai mare decât acel triumf şi senzaţia de curăţenie. Înainte de culcare, xanaxat zdravăn, dar încă treaz, glumeam cu tata şi cu prietenii despre asta, şi se făcea simţită în încăpere

acea intimitate specială care înconjoară boala, şi uneori mă copleşeau sentimentele, şi iar începeam să plâng, şi atunci era vremea să se stingă lumina, ca să mă pot culca. Uneori, prietenii apropiaţi stăteau cu mine până mă cufundam în somn. O prietenă obişnuia să mă ţină de mână, îngânând cântece de leagăn. În unele seri, tata îmi citea din cărţile din care îmi citise în copilărie. Îl opream. „Acum două săptămâni, îmi publicam romanul“, ziceam. „Lucram de obicei douăsprezece ore pe zi şi apoi mă duceam seara la patru petreceri, uneori. Ce s-a întâmplat?“ Tata mă asigura, senin, că o să fiu din nou în stare să fac asta, curând. Ar fi putut la fel de bine să-mi spună că o să fiu curând în stare să-mi construiesc un elicopter din aluat fraged şi o să zbor cu el pe Neptun, aşa de limpede îmi părea faptul că viaţa mea, cea pe care o trăisem înainte, era de-acum dusă pe vecie. Din când în când, panica dispărea pentru o clipă. Atunci, revenea disperarea calmă. Caracterul inexplicabil al stării mele sfida logica. Era grozav de jenant să le spun oamenilor că sunt depresiv, când viaţa mea părea să aibă în ea atâta bine şi iubire şi confort material; pentru toată lumea, în afara prietenilor apropiaţi, aveam „un virus tropical necunoscut“ cu care „probabil că mă pricopsisem vara trecută, în călătorii“. Chestiunea cotletelor de miel a devenit pentru mine emblematică. O prietenă poetă, Elizabeth Prince, scria:

The night
was late and soggy: It was
New York in July.
I was in my room, hiding,
hating the need to swallow.[45]

Mai târziu, am citit în jurnalul lui Leonard Woolf descrierea formelor de depresie ale Virginiei: „Dacă era lăsată într-ale ei, n-ar fi mâncat nimic şi treptat ar fi murit de foame. Era extraordinar de greu până şi s-o fac să mănânce îndeajuns ca să rămână în puteri. În general, rătăcirea ei era impregnată de sentimentul unui soi de vinovăţie, ale cărei origine şi natură exactă n-am reuşit să le descopăr niciodată; era însă legată, într-un fel aparte, în special de hrană şi de actul de a mânca. În faza timpurie acută, sinucigaşă, a depresiei, şedea ore întregi, copleşită de o iremediabilă melancolie, tăcută, fără să răspundă vreodată la ce i se spunea. Când venea ora mesei, nu dădea nici o atenţie farfuriei cu mâncare ce i se punea în faţă. De obicei, izbuteam s-o determin să mănânce cât de cât, dar era cumplit de greu. Fiecare masă dura una sau două ore; trebuia să şed lângă ea, să-i pun în mână lingura sau

furculiţa şi, din când în când, să-i cer foarte calm – atingându-i braţul sau mâna – să mănânce. La vreo cinci minute o dată, lua automat câte o îmbucătură.“[46]

Ţi se spune mereu că în depresie nu mai judeci cum trebuie – dar însuşi faptul că ea aduce atingere cogniţiei e parte a depresiei. Faptul că ai cădere psihică nu înseamnă că viaţa ta nu e ea însăşi lipsită de neorânduială. Dacă există probleme pe care le-ai ocolit cu succes ani întregi, ele se îngrămădesc iar şi te privesc drept în ochi, iar un aspect al depresiei este conştiinţa profundă a faptului că doctorii – care te încurajează, asigurându-te că judecata ta e nelalocul ei – greşesc. Eşti în contact cu grozăvia propriei vieţi. Poţi accepta, pe plan raţional, faptul că mai târziu, după ce medicaţia începe să dea roade, o să poţi lupta mai bine cu oroarea, dar n-o să scapi de ea. Când eşti depresiv, trecutul şi viitorul sunt absorbite cu totul de clipa prezentă, ca în lumea unui copil de trei ani. Nu-ţi poţi aminti – cel puţin, nu limpede – o vreme în care te simţeai mai bine; şi, cu siguranţă, nu-ţi poţi imagina un viitor în care o să te simţi mai bine. A fi supărat, chiar profund supărat, e o trăire trecătoare, în vreme ce depresia e atemporală. Căderile psihice te lasă fără nici un punct de vedere.

Se întâmplă o mulţime de lucruri în timpul unui episod depresiv.[47] Se produc schimbări ale funcţionării neurotransmiţătorilor; schimbări ale funcţionării sinaptice; creşte sau descreşte excitabilitatea între neuroni; modificări ale manifestării genelor; apare hipometabolism în cortexul frontal (de obicei) sau hipermetabolism în aceeaşi zonă; apar niveluri ridicate ale TRH (*thyrotropin releasing hormone*); apar perturbaţii în funcţionarea corpului amigdaloid şi, posibil, a hipotalamusului (zone din creier); apar niveluri modificate ale melatoninei (hormon produs de glanda pineală din serotonină); creşte prolactina (creşterea secreţiei lactate la persoanele înclinate spre anxietate declanşează atacuri de panică); se egalizează temperatura corpului pe intervalul de douăzeci şi patru de ore; se distorsionează secreţia de cortizol pe intervalul de douăzeci şi patru de ore; se perturbă circuitul care leagă talamusul, ganglionii bazali şi lobii frontali (din nou, centri cerebrali); creşte fluxul sangvin în lobul frontal al emisferei dominante; scade fluxul sangvin în lobul occipital (care controlează vederea); se reduc secreţiile gastrice. E greu de ştiut ce să înţelegem din toate aceste fenomene. Care sunt cauzele depresiei; care sunt simptomele; care sunt doar coincidenţe. S-ar putea crede că nivelurile crescute de TRH înseamnă că TRH provoacă senzaţiile, însă, de fapt, administrarea de doze mari de TRH poate fi

un tratament temporar util în cazul depresiei.[48] După cum reiese, organismul începe să producă TRH în timpul depresiei datorită capacităţilor lui antidepresive. Iar TRH, care, în general, nu este antidepresiv, poate fi utilizat ca antidepresiv imediat după un episod major de depresie, deoarece creierul, cu toate că are o mulţime de probleme într-o depresie, devine în acelaşi timp hipersensibil la lucrurile care-l pot ajuta să rezolve aceste probleme. Celulele creierului îşi modifică funcţiile cu uşurinţă, iar în timpul unui episod raportul dintre modificările patologice (care provoacă depresia) şi cele de adaptare (care luptă cu ea) hotărăşte dacă rămâi bolnav sau te simţi mai bine. Dacă ai o medicaţie care exploatează sau ajută factorii de adaptare suficient ca să-i învingă o dată pentru totdeauna pe cei patologici, atunci te eliberezi de ciclu şi creierul tău poate să-şi vadă de treburile sale obişnuite.

Cu cât ai mai multe episoade, cu atât creşte probabilitatea să mai ai episoade, şi, în general, pe parcursul vieţii, episoadele sunt din ce în ce mai grave şi mai apropiate în timp.[49] Această accelerare este un indiciu al felului în care funcţionează boala. Instalarea iniţială a depresiei este legată, de obicei, fie de unele evenimente care o activează, fie de o întâmplare fatală; aşa cum a observat Kay Jamison – o charismatică specialistă în psihologie, ale cărei texte, academice şi populare, au avut o mare contribuţie la schimbarea gândirii privitoare la tulburările de personalitate –, persoanele predispuse genetic la apariţia depresiei „sunt ca rugurile uscate şi friabile, neprotejate de inevitabilele scântei declanşate de viaţă.“[50] Într-un anumit punct, recidivele nu sunt legate de împrejurări. Dacă stimulezi crize la un animal în fiecare zi, în cele din urmă ele devin automate; animalul o să le aibă zilnic, chiar dacă opreşti stimularea.[51] În mod foarte asemănător, creierul care a trecut de câteva ori prin depresie va continua să revină la depresie din nou şi din nou. Aceasta sugerează că depresia, chiar dacă e provocată de un eveniment fatal extern, modifică, în cele din urmă, structura creierului, ca şi biochimia lui. „Aşa că nu-i o boală atât de benignă pe cât credeam noi“, explică Robert Post, şeful Departamentului de Psihiatrie Biologică de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Ea tinde să fie recurentă; tinde să evolueze descendent; aşa încât, dat fiind riscul apariţiei mai multor episoade, trebuie să se ia în considerare un tratament preventiv pe termen lung, pentru a evita toate consecinţele îngrozitoare.“ Kay Jamison e foarte tranşantă când începe să vorbească despre acest subiect. „Depresia nu-i un lucru nevătămător. Ştiţi – pe lângă faptul că, în cea mai mare parte, e o stare jalnică, cumplită, neconstructivă, ea mai şi omoară oameni. Nu numai

prin suicid, ci şi prin agravarea bolilor de inimă, scăderea reacţiei imunitare şi aşa mai departe.“ Adesea, pacienţii care reacţionează bine la medicaţie nu mai reacţionează bine dacă iau medicamente şi apoi renunţă la ele şi iar le iau şi apoi renunţă; odată cu fiecare episod, creşte cu 10 la sută riscul ca depresia să devină cronică şi inevitabilă. „E cam ca în cazul cancerului incipient, care reacţionează foarte bine la medicamente, însă, dacă s-a instalat metastaza, nu mai reacţionează deloc“, explică Post. „Dacă ai prea multe episoade, biochimia ţi se înrăutăţeşte, posibil permanent. În acel punct, mulţi terapeuţi încă mai privesc într-o direcţie cu totul greşită. Dacă episodul apare acum în mod automat, la ce bun să te mai preocupe factorul de stres care a declanşat procesul originar? E mult prea târziu pentru asta.“ Ceea ce e reparat nu e decât cârpăcit, şi niciodată nu mai poate fi întreg.

Aceste trei evenimente separate – scăderea receptorilor de serotonină, creşterea cortizolului, un hormon al stresului, şi depresia – se petrec simultan. Ordinea lor de producere e necunoscută; e cam ca misterul cu oul şi găina. Dacă vatămi sistemul serotoninic în creierul unui animal, va creşte nivelul cortizolului.[52] Dacă ridici nivelul cortizolului, serotonina pare să scadă. Dacă stresezi o persoană, hormonul care eliberează corticotropina (CTH – *corticotropin releasing hormone*) scade nivelul serotoninei. Ce înseamnă asta? Substanţa deceniului a fost serotonina, şi tratamentele folosite cel mai des pentru depresie în SUA sunt cele care cresc nivelul funcţional al serotoninei din creier. De câte ori afectezi serotonina, afectezi şi sistemele de stres şi modifici nivelul cortizolului din creier. „N-aş spune că cel care provoacă depresia e cortizolul“, spune Elizabeth Young, care lucrează în acest domeniu la Universitatea din Michigan, „dar s-ar putea foarte bine să exacerbeze o afecţiune minoră şi să creeze un sindrom real.“[53] Cortizolul, după ce este produs, se leagă de receptorii de glucocorticoizi din creier. Antidepresivele cresc numărul acestor receptori de glucocorticoizi – care apoi absorb excesul de cortizol care pluteşte pe acolo. Acest lucru este extrem de important pentru reglarea generală a corpului. De fapt, receptorii de glucocorticoizi activează unele gene şi anulează activitatea altora, iar când ai relativ puţini receptori înnămoliţi într-o grămadă de cortizol, sistemul intră în supraturaţie. „E ca la un sistem de încălzire“, spune Elizabeth Young. „Dacă senzorul de temperatură al termostatului e într-un loc pe unde a început să treacă aer rece, căldura nu se va opri chiar dacă încăperea e ca un cuptor. Dacă mai aşezi câţiva senzori prin cameră, poţi readuce sistemul sub control.“

În împrejurări obişnuite, nivelurile de cortizol se supun unor reguli destul de simple. Tiparul circadian al cortizolului are un nivel ridicat dimineaţa (e ceea ce te face să te dai jos din pat) şi apoi scade pe măsură ce trece ziua. La pacienţii depresivi, nivelul cortizolului tinde să rămână ridicat pe tot parcursul zilei. Ceva nu e în ordine cu circuitele inhibitoare care ar trebui să oprească producerea de cortizol odată cu trecerea orelor, şi aceasta ar putea face parte din motivul pentru care senzaţia de tresărire – care este, de obicei, primul lucru la trezire – durează până atât de târziu la persoanele depresive. Ar putea fi posibilă reglarea depresiei mai degrabă prin vizarea directă a sistemului cortizolic decât prin acţiunea la nivelul sistemului serotoninic. Pe baza cercetării fundamentale de la Michigan, cercetători din alte părţi au tratat cu ketoconazol,[54] medicament reductor de cortizol, pacienţii depresivi care nu reacţionau la tratament, şi la aproape 70 la sută dintre pacienţi s-a manifestat o ameliorare pronunţată. În acest moment, ketoconazolul are prea multe efecte secundare ca să fie atractiv ca antidepresiv, însă câteva mari companii farmaceutice fac cercetări în privinţa unor medicamente înrudite, care ar putea să nu aibă aceste efecte secundare negative. În orice caz, tratamentul trebuie să fie reglat cu mare atenţie, deoarece cortizolul e necesar pentru răspunsurile la stres acut (*fight-or-flight responses*); pentru acea energie suprarenală care ne ajută să luptăm cu obstacolele; pentru acţiunea antiinflamatorie; pentru luarea de decizii şi pentru hotărâre; şi, lucrul cel mai important, pentru declanşarea sistemului imunitar în faţa unei boli infecţioase.

Recent, s-au efectuat studii ale tiparului cortizolului pe babuini şi pe controlori de trafic aerian.[55] Babuinii care au avut pe termen lung niveluri înalte ale cortizolului tindeau să fie paranoici, nu mai puteau deosebi o ameninţare reală de o situaţie puţin neplăcută – de exemplu, se băteau pentru o banană, deşi erau lângă un pom plin de fructe coapte, cu tot atâta disperare ca atunci când ar fi fost vorba să-şi salveze viaţa. În cazul controlorilor de trafic aerian, la cei care erau sănătoşi psihic exista o relaţie exactă între măsura în care erau suprasolicitaţi şi nivelul cortizolului, în vreme ce la cei în stare proastă nivelul cortizolului atingea niveluri exorbitante peste tot. După ce se distorsionează relaţia cortizol/stres, poţi să devii isteric din pricina bananelor; o să ţi se pară că tot ce ţi se întâmplă e stresant. „Iar asta e o formă de depresie, şi apoi, fireşte, a fi depresiv e stresant“, observă Elizabeth Young. „O spirală descendentă.“

După ce ai avut un stres suficient ca să provoace creşterea prelungită a

nivelurilor de cortizol, sistemul cortizolului îţi este deteriorat, iar în viitor nu-şi va mai încheia uşor activitatea după ce a fost activat. Ca urmare, după o mică traumă creşterea cortizolului poate să nu se normalizeze, aşa cum ar fi făcut-o în condiţii obişnuite. Asemenea unui lucru care a fost spart cândva, sistemul cortizolului tinde să se spargă iar şi iar, cu din ce în ce mai puţină presiune externă. Cei care au avut infarct miocardic după un mare efort fizic sunt expuşi recidivelor chiar şi când stau într-un fotoliu – inima este de-acum un pic uzată, şi uneori pur şi simplu se opreşte chiar şi în absenţa unui efort prea mare.[56] Acelaşi lucru i se poate întâmpla şi minţii.

Faptul că o problemă este medicală nu exclude existenţa originilor psihosociale. „Soţia mea este endocrinolog“, spune Juan López, care lucrează cu Elizabeth Young, „şi vin la ea copii cu diabet. Bine, e limpede că diabetul e o boală a pancreasului, însă o influenţează factori externi. Nu numai ce mănânci, ci şi cât de stresat eşti – copiii din familiile care au cu adevărat probleme devin frenetici, iar nivelul lor de glicemie o ia razna. Faptul că se întâmplă aşa nu înseamnă că diabetul e o boală psihologică.“ În cazul depresiei, stresul psihologic se transformă în modificare biologică, şi viceversa. Dacă o persoană se expune unui stres extrem, se eliberează corticotropină (CRH), care, adesea, contribuie la apariţia realităţii biologice a depresiei. Tehnicile psihosociologice care să ne împiedica să devenim prea stresaţi ne pot ajuta să păstrăm scăzute nivelurile de CRH şi, ca atare, ale cortizolului. „Ai genele pe care le ai“, spune López, „şi nu poţi face nimic în privinţa asta. Dar poţi uneori să controlezi felul în care se exprimă ele.“

În munca sa de cercetare, López s-a întors la cele mai simple modele animale.[57] „Dacă stresezi excesiv un cobai“, spune el, „cobaiul va avea niveluri înalte ale hormonilor de stres. Dacă îi examinezi receptorii serotoninici, e limpede că sunt dereglaţi de stres. Creierul unui cobai extrem de stresat e foarte asemănător cu creierul unui cobai foarte depresiv. Dacă îi dai antidepresive care modifică serotonina, în cele din urmă cortizolul i se normalizează. Probabil că unele depresii sunt mai seratonergice“, spune López, „iar altele sunt mai strâns legate de cortizol, şi cele mai multe combină cumva aceste două tipuri de sensibilitate. Disputa dintre aceste două sisteme face parte din aceeaşi patofiziologie.“ Experimentele pe cobai au fost revelatoare, dar cortexul prefrontal, acea zonă a creierului pe care o au oamenii şi care ne face să fim mai evoluaţi decât cobaii, mai conţine şi mulţi receptori de cortizol, iar aceştia sunt, probabil, implicaţi în complexitatea depresiei umane. Creierul oamenilor care se sinucid prezintă niveluri extrem

de înalte de CRH – „e peste poate, ca şi cum şi-ar fi pompat substanţa asta.“ Glandele lor suprarenale sunt mai mari decât ale oamenilor care mor din alte motive, din cauză că nivelul înalt de CRH a produs, de fapt, extinderea sistemului lor suprarenal. Cea mai recentă lucrare a lui López arată că victimele sinuciderilor prezintă reducerea semnificativă a receptorilor de cortizol din cortexul prefrontal (ceea ce înseamnă că, în acea zonă, cortizolul nu este eliminat atât de repede cât ar trebui). Pasul următor, spune López, este examinarea creierului persoanelor care ar putea fi supuse unui stres enorm şi care, cu toate acestea, pot să funcţioneze în continuare. „Care este biochimia mecanismelor prin care fac faţă?“ întreabă López. „Cum de-şi păstrează această flexibilitate? Care sunt tiparele eliberării de CRH în creierul lor? Cum arată receptorii lor?“

John Greden, şeful departamentului unde lucrează López şi Elizabeth Young, se concentrează pe efectele pe termen lung ale stresului prelungit şi ale episoadelor depresive prelungite. Dacă prea multă vreme ai mult stres şi un nivel prea înalt al cortizolului, îţi poţi distruge tocmai neuronii care ar trebui să regleze bucla de feedback şi să scadă nivelul cortizolului după ce a trecut stresul. În cele din urmă, aceasta are ca rezultat leziuni în hipocamp şi corpul amigdaloid, pierderea reţelei neuronice. Cu cât rămâi mai mult timp într-o stare depresivă, cu atât creşte riscul de a avea leziuni semnificative, care pot duce la neuropatie periferică: vederea începe să slăbească şi tot soiul de alte lucruri pot să nu mai meargă bine.[58] „Aceasta reflectă faptul evident că trebuie nu numai să tratăm depresia atunci când apare“, spune Greden, „ci şi să împiedicăm recidivele. Abordarea din sistemul nostru sanitar în acest moment este pur şi simplu greşită. Persoanele cu depresie recurentă trebuie să rămână permanent în tratament bazat pe medicamente, nu să tot înceapă şi să renunţe, deoarece, dincolo de neplăcerea de a trebui să supravieţuieşti mai multor episoade dureroase de depresie, aceşti oameni îşi distrug de-a binelea ţesuturile neuronice.“ Greden îşi imaginează un viitor în care cunoaşterea consecinţelor fizice ale depresiei ne-ar putea duce la strategii de inversare a lor. „Poate că o să încercăm injectarea selectivă a unor factori de creştere neurotropici în anumite zone ale creierului, pentru a face un fel de ţesut să prolifereze şi să crească. Poate că vom fi în stare să folosim alte feluri de stimulare, magnetică sau electrică, pentru a încuraja creşterea în anumite zone.“

Trag nădejdea să fie aşa. Luarea de medicamente e un lucru costisitor – nu numai din punct de vedere financiar, ci şi psihic. E umilitor să fii dependent

de ele. E incomod să trebuiască să le ţii socoteala şi să-ţi faci provizii de pe reţete. Şi e dăunător să ştii că, fără aceste intervenţii perpetue, nu eşti tu însuţi, aşa cum te ştiai. Nu prea ştiu de ce simt asta – port lentile de contact, fără ele sunt practic orb, şi nu mă ruşinez de lentilele mele sau de nevoia de a le purta (cu toate că, dacă ar depinde de mine, aş alege o vedere perfectă). Prezenţa constantă a medicamentelor este pentru mine amintirea fragilităţii şi imperfecţiunii; iar eu sunt perfecţionist, şi aş prefera să am lucrurile neatinse, aşa cum au ieşit din mâna lui Dumnezeu.

Cu toate că efectele iniţiale ale antidepresivelor[59] încep după aproximativ o săptămână, e nevoie de şase luni ca să obţii beneficiul complet. Zoloftul m-a făcut să mă simt îngrozitor, aşa că, după câteva săptămâni, doctorul l-a înlocuit cu paxil. Nu mă dădeam în vânt după paxil, dar părea să funcţioneze şi avea mai puţine efecte secundare asupra mea. N-am aflat decât mult mai târziu că, în vreme ce 80 la sută dintre pacienţii cu depresie reacţionează la medicaţie, numai 50 la sută reacţionează la primele lor medicamente – sau, de fapt, la orice medicamente.[60] Între timp, se desfăşoară un ciclu cumplit: simptomele depresiei produc depresie. Singurătatea e deprimantă, însă depresia provoacă şi ea singurătate. Dacă nu poţi funcţiona, viaţa îţi devine exact harababura care presupuneai că este; dacă nu poţi vorbi şi nu ai porniri sexuale, dispare viaţa ta romantică şi socială, şi ăsta e un lucru cu adevărat deprimant. Eram, cea mai mare parte din timp, prea deranjat de toate ca să fiu deranjat de ceva anume; acesta e singurul mod în care am putut să rabd pierderea afecţiunii, plăcerii şi demnităţii pe care mi-a provocat-o boala. De asemenea, trebuia să fac un turneu de lecturi imediat după ziua mea de naştere, lucru care cădea tare prost. A trebuit să mă duc la o mulţime de librării şi la alte întâlniri, şi să stau în picioare în faţa unor grupuri de străini, şi să citesc cu voce tare din romanul pe care-l scrisesem. Era o reţetă sigură pentru dezastru, dar eram hotărât s-o scot la capăt. Înainte de prima dintre aceste lecturi, la New York, am stat patru ore în cada cu apă, şi apoi un prieten apropiat,[61] care avusese propriile bătălii cu depresia, m-a ajutat să fac un duş rece. Nu numai că a deschis robinetul, dar m-a ajutat şi să fac faţă problemelor epuizante, cum ar fi nasturii şi fermoarele, şi a stat în baie ca să mă poată ajuta să ies. Apoi, m-am dus şi am citit. Aveam impresia că am în gură talc pentru bebeluşi, şi nu auzeam prea bine, şi-mi tot ziceam că s-ar putea să leşin, dar am reuşit să duc treaba la bun sfârşit. Apoi, alt prieten m-a ajutat să ajung acasă, şi m-am întors în pat, unde am stat trei zile. Nu mai plângeam; şi, dacă luam destul xanax, puteam să ţin sub control încordarea.

Încă îmi păreau aproape imposibile activităţile obişnuite, şi mă trezeam în fiecare zi devreme, panicat, şi aveam nevoie de câteva ore ca să-mi înving spaima îndeajuns ca să cobor din pat; dar mă puteam sili să ies în lume câte o oră sau două.

Apariţia este, de obicei, lentă, şi oamenii se opresc la diferite faze ale ei. O specialistă în domeniul problemelor mintale şi-a descris propria luptă permanentă cu depresia: „Nu mă părăseşte niciodată cu adevărat, dar mă lupt cu ea în fiecare zi. Iau medicamente, şi asta ajută, şi m-am hotărât să nu mă las doborâtă. Vedeţi, am un fiu care suferă de această boală şi nu vreau ca el să creadă că e un motiv ca să nu trăieşti bine. Mă scol din pat în fiecare zi lăsată de Dumnezeu şi le pregătesc copiilor micul dejun. În unele zile, pot să-mi văd mai departe de treburi, iar în altele trebuie să mă întorc în pat, dar mă scol din pat în fiecare zi. Am venit la un moment dat în acest cabinet în fiecare zi. Uneori, vin cu câteva ore mai târziu, dar n-am lipsit niciodată o zi întreagă din pricina depresiei.“ I se rostogoleau lacrimile pe obraji în vreme ce vorbea, dar bărbia nu-i tremura, şi a continuat să vorbească. „Într-o zi, săptămâna trecută, m-am trezit şi mi-era tare rău. Am reuşit să mă scol din pat, să mă duc, numărând fiecare pas, la bucătărie, să deschid frigiderul. Şi iată că toate lucrurile pentru micul dejun erau în fundul frigiderului şi nu puteam ajunge atât de departe. Când au intrat în cameră copiii, stăteam pur şi simplu acolo, holbându-mă în frigider. Detest să fiu aşa, să stau în felul ăsta în faţa lor.“ Am vorbit despre bătălia de zi cu zi. „Cineva cum e Kay Jamison sau ca tine poate s-o scoată la capăt având atât de mult sprijin“, a zis. „Părinţii mei au murit amândoi, şi sunt divorţată, şi nu mi se pare uşor să cer ajutor.“

*

Schimbările din viaţă sunt adesea declanşatoare ale depresiei. „Există o probabilitate mult mai mică să devii depresiv într-o situaţie stabilă decât într-una instabilă“, spune Melvin McGuinness, de la Johns Hopkins. George Brown, de la Universitatea din Londra, este fondatorul domeniului de cercetare a schimbărilor importante din viaţă.[62] El spune: „Concepţia noastră este că majoritatea cazurilor de depresie au origine antisocială; există şi o entitate a maladiei, dar cei mai mulţi oameni sunt în stare să ajungă la depresie majoră dată fiind o anumită serie de împrejurări. Nivelul vulnerabilităţii variază, desigur, însă cred că cel puţin două treimi din populaţie au un nivel de vulnerabilitate suficient.“ Conform cercetărilor exhaustive pe care le-a efectuat în decurs de douăzeci şi cinci de ani,

evenimentele care ameninţă grav viaţa sunt răspunzătoare de declanşarea depresiei iniţiale. Aceste evenimente implică de obicei o pierdere – a unei persoane preţuite, a unui rol, a unei idei despre sine – şi sunt cele mai rele atunci când implică umilirea sau senzaţia de a fi prins în capcană. Depresia poate fi cauzată şi de o schimbare pozitivă. Aducerea pe lume a unui copil, o promovare sau căsătoria prezintă un risc de stârnire a depresiei aproape la fel de mare ca moartea sau o pierdere.

În mod tradiţional, s-a tras o linie între modelele de depresie endogen şi reactiv, cel endogen pornind, la întâmplare, dinăuntru, în vreme ce modelul reactiv este o reacţie extremă la o situaţie tristă. Distincţia a căzut în ultimul deceniu, deoarece a devenit limpede că în cele mai multe depresii se combină factorii reactivi şi interni. Russell Goddard, de la Universitatea Yale, mi-a spus povestea luptei sale cu depresia: „Am luat asendin şi asta a avut ca rezultat psihoză; soţia a trebuit să mă ducă de urgenţă la spital.“ A avut rezultate mai bune cu dexedrina. Adesea, depresia i se intensifica în preajma evenimentelor familiale. „Ştiam că nunta fiului meu o să fie emoţionantă“, mi-a spus, „şi orice chestie emoţionantă, bună ori rea, mă marchează. Voiam să fiu pregătit. Am urât totdeauna ideea de terapie cu electroşocuri, cu toate acestea m-am dus şi am făcut-o. Dar n-a folosit la nimic. Când a venit ziua nunţii, nici măcar nu m-am putut ridica din pat. Mi s-a frânt inima, dar n-aveam cum să ajung acolo.“ Asta îi tensionează foarte mult pe membrii familiei, ca şi relaţiile familiale. „Soţia ştia că nu poate să facă nimic“, a explicat Goddard. „A învăţat să mă lase în pace, slavă Domnului.“ Adesea însă, familia şi prietenii nu sunt în stare să facă asta, şi nici nu sunt în stare să priceapă. Unii sunt aproape prea indulgenţi. Dacă tratezi o persoană ca total infirmă, ea o să se vadă pe sine drept total infirmă, şi asta o poate face total infirmă, poate mai infirmă decât ar trebui să fie. Existenţa medicamentelor a sporit intoleranţa socială. „Ai o problemă?“ am auzit-o odată la un spital pe o femeie întrebându-şi fiul. „Ia-ţi prozacul ăla şi termină cu asta, apoi sună-mă.“ Stabilirea nivelului corect de toleranţă e necesară nu numai pentru pacient, ci şi pentru rude. „Rudele trebuie să aibă grijă“, mi-a spus cândva Kay Jamison, „să nu se molipsească de disperare.“[63]

Ce rămâne neclar este când anume depresia declanşează schimbările importante din viaţă şi când anume schimbările importante din viaţă declanşează depresia. Sindromul şi simptomul se încâlcesc şi-şi sunt unul altuia cauză: căsniciile nereuşite provoacă evenimente negative care provoacă depresie care provoacă legături nepotrivite – care sunt căsniciile nereuşite.

Conform studiilor efectuate în Pittsburg, primul episod de depresie majoră este, de obicei, legat strâns de schimbările importante din viaţă; al doilea este întru câtva mai puţin legat; iar la al patrulea sau al cincilea episod schimbările importante din viaţă par să nu mai joace nici un rol.[64] Brown este de acord cu faptul că, dincolo de un anumit punct, depresia „îşi reduce propriii aburi“ şi devine aleatorie şi endogenă, nelegată de schimbările importante din viaţă. Cu toate că cele mai multe dintre persoanele cu depresie au trecut prin anumite evenimente caracteristice, doar la unul din cinci oameni care au trăit acele evenimente apare depresia. E limpede că stresul creşte rata depresiei. Cel mai mare stres e umilirea; al doilea e pierderea cuiva. Cea mai bună apărare pentru persoanele cu vulnerabilitate biologică este o căsnicie „destul de bună“, care să absoarbă umilinţele exterioare şi să le reducă la minimum. „Psihosocialul creează modificări biologice“, recunoaşte Brown. „Problema e că, iniţial, vulnerabilitatea *trebuie* declanşată de evenimente exterioare.“

Chiar înainte de începerea turneului meu de lecturi, am început să iau navan, un antipsihotic cu efect tranchilizant, care, speram cu toţii, avea să-mi permită să iau mai rar xanax. Următoarele întâlniri planificate erau în California. Am crezut că n-o să mă pot duce; ştiam că n-o să mă pot duce singur. În cele din urmă, m-a dus acolo tata; în vreme ce eram ameţit de xanax, m-a urcat şi m-a dat jos din avion, m-a scos din aeroport, m-a dus la hotel. Eram atât de drogat, că aproape dormeam, dar în starea asta am putut suporta schimbările, care mi s-ar fi părut de neconceput cu o săptămână înainte. Ştiam: cu cât izbuteam să fac mai multe lucruri, cu atât mai puţin aş fi vrut să mor, aşa că părea important să mă duc. Când am ajuns la San Francisco, m-am culcat şi am dormit vreo douăsprezece ceasuri. Apoi, la prima mea cină acolo, am avut deodată un sentiment de uşurare: şedeam în restaurantul mare, confortabil, al hotelului nostru, şi mi-am ales singur mâncarea. Petrecusem zile în şir cu tata, dar n-aveam habar ce se întâmpla în viaţa lui, în afară de situaţia cu mine; am vorbit în seara aceea ca şi cum recuperam timpul pierdut după o despărţire de luni întregi. În cameră, am stat mai departe de vorbă până târziu, iar când m-am dus, în cele din urmă, la culcare, eram aproape fericit. Am mâncat câteva bucăţele de ciocolată din minibar, am scris o scrisoare, am citit câteva pagini dintr-un roman pe care-l luasem cu mine, mi-am tăiat unghiile. Mă simţeam gata să înfrunt lumea.

A doua zi dimineaţă, m-am simţit la fel de rău ca în cele mai rele momente. Tata m-a ajutat să cobor din pat, a pornit duşul. A încercat să mă determine să mănânc ceva, dar îmi era prea frică să mestec. Am reuşit să beau un pic de

lapte. În câteva rânduri, aproape că m-a învins greaţa, dar, până la urmă, n-am vomitat. Mă podidise o senzaţie de suferinţă sumbră, asemenea celei pe care o simţi când tocmai ai scăpat din mâini un obiect preţios, care s-a făcut bucăţele. În momentul de faţă, un sfert de miligram de xanax mă face să dorm douăsprezece ore. În ziua aceea, am luat opt miligrame de xanax şi eram în continuare atât de încordat, că nu puteam să şed fără să mă foiesc. Seara, m-am simţit mai bine, dar nu prea mult. Aşa arată o cădere psihică în faza aceea: un pas înainte, doi înapoi, doi paşi înainte, unul înapoi. Ritm de box, dacă vreţi.

În perioada următoare, simptomele au început să se amelioreze. Mă simţeam bine mai din vreme, şi pentru mai mult timp, şi mai des. Curând, am putut să mănânc singur. E greu de explicat calitatea handicapului de atunci, dar era cam aşa cum îmi imaginasem că e să fii foarte bătrân. Beatrice, mătuşa mea de-a doua, era remarcabilă la vârsta de nouăzeci şi nouă de ani, deoarece, la optzeci şi opt de ani încă se scula din pat şi se îmbrăca în fiecare zi. Dacă era frumos afară, se plimba până la distanţa de opt intersecţii. Încă îi păsa cum se îmbracă şi-i plăcea să stea de vorbă la telefon ore întregi. Îşi amintea toate zilele noastre de naştere, şi uneori lua prânzul în oraş. Când ieşi dintr-o depresie, eşti în punctul în care te scoli din pat şi te îmbraci *în fiecare zi*. Dacă vremea e bună, poţi să ieşi la plimbare, şi poate chiar poţi să iei prânzul. Vorbeşti la telefon. Tanti Bea nu gâfâia la sfârşitul nici uneia dintre plimbările sale; mergea cam încet, dar nu zăbovea prea mult şi era fericită că ieşise. Aşa că, atunci când eşti în faza de instalare a unei depresii, faptul că te porţi perfect normal la prânz nu înseamnă că te simţi mai bine cu totul, aşa cum faptul că tanti Bea putea să se ducă până la o distanţă de opt intersecţii nu însemna că era iarăşi fata de şaptesprezece ani care dansa nopţi întregi.

Nu treci rapid sau uşor peste o cădere psihică. Lucrurile continuă să prezinte iregularităţi. Cu toate că unele simptome ale depresiei păreau să se amelioreze, am avut ghinionul unei reacţii negative, neobişnuit de cumulativă, la navan. La sfârşitul celei de-a treia săptămâni de când luam medicamentul, am început să-mi pierd capacitatea de a sta în picioare. Mergeam câteva minute şi apoi *trebuia* să mă întind pe ceva. Nu mai puteam controla acea nevoie mai mult decât puteam controla nevoia să respir. Mă ducem să fac o lectură şi mă agăţam de podium. Pe la jumătatea lecturii, începeam să sar peste paragrafe, ca să termin mai repede. Când terminam, mă aşezam pe un scaun şi mă ţineam de el. De cum puteam să plec de acolo, uneori pretinzând că am nevoie să mă duc la baie, mă întindeam iarăşi pe

ceva. Nu aveam habar ce se întâmplă. Îmi amintesc că am ieşit la o plimbare cu o prietenă în apropierea campusului de la Berkeley, pentru că a zis că natura ar putea să-mi facă bine. Am mers câteva minute, şi apoi am început să mă simt obosit. M-am silit să merg mai departe, gândindu-mă că vremea şi aerul m-ar ajuta; petrecusem în pat precedentele cincizeci de ore. Dat fiind că redusesem substanţial xanaxul, ca să nu mai dorm cincizeci de ore la rând, începeam să simt iarăşi o nelinişte intensă. Dacă n-aţi simţit niciodată neliniştea, gândiţi-vă la ea ca la opusul păcii. Toată pacea – lăuntrică şi din afară – era smulsă în acel moment din viaţa mea.

De multe ori, depresia include simptome de anxietate. Anxietatea şi depresia se pot studia separat, însă, după cum spune James Ballenger de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud, unul dintre cei mai mari experţi în anxietate, ele „sunt gemene“. George Brown a spus, succint: „Depresia este reacţia la o pierdere din trecut, anxietatea este o reacţie la o pierdere din viitor.“ Toma d’Aquino a spus că teama este pentru tristeţe ca nădejdea pentru plăcere;[65] sau, cu alte cuvinte, că anxietatea este precursoarea depresiei. Simţeam atât de multă nelinişte când eram deprimat şi mă simţeam atât de deprimat când eram neliniştit, încât am ajuns să privesc retragerea în sine şi teama ca inseparabile. Anxietatea nu e paranoia; persoanele cu tulburări anxioase îşi evaluează poziţia în lume cam la fel cum o fac cele care n-au aceste tulburări. Ceea ce se schimbă în prezenţa anxietăţii este ce simţi în privinţa acelei evaluări. La circa jumătate dintre pacienţii cu tulburări anxioase reale, apare, în decurs de cinci ani, o depresie majoră. În măsura în care depresia şi anxietatea sunt determinate genetic, ele au în comun un singur set de gene (care sunt legate de genele alcoolismului).[66] La depresia exacerbată de anxietate, rata sinuciderilor este mult mai mare decât la depresia singură şi este mult mai greu să te vindeci de ea. „Dacă sunt zilnic câteva atacuri de panică“, spune Ballenger, „asta îl îngenunchează până şi pe Hannibal. Persoana e zdrobită, ajunge să zacă încovrigată ca o sălbăticiune.“

Între 10 şi 15 la sută dintre americani suferă de un tip de tulburare anxioasă.[67] După părerea oamenilor de ştiinţă, parţial din cauză că *locus coeruleus* din creier controlează atât producerea de norepinefrină, cât şi intestinul gros, cel puţin jumătate dintre pacienţii cu tulburări anxioase au şi sindromul de colon iritabil; şi oricine a avut anxietate cu adevărat intensă ştie cât de iute şi de furios poate trece hrana prin sistemul digestiv. În anxietate, sunt implicate şi norepinefrina, şi serotonina. „În două cazuri din trei sunt implicate evenimentele din viaţă, şi totdeauna e sentimentul de pierdere a

siguranţei“, spune Ballenger. Cam o treime dintre atacurile de panică, endemice în unele cazuri de depresie, se produc în timpul somnului,[68] în faza delta, profundă, fără vise. „De fapt, atacurile de panică sunt declanşate de lucruri care ne agită pe toţi“, spune Ballenger. „Când le vindecăm, e ca şi cum am aduce oamenii la anxietatea normală.“ Atacurile de panică sunt cu adevărat tulburări care amplifică totul. A intra într-o mulţime, de exemplu, este un lucru întru câtva supărător pentru majoritatea oamenilor, chiar şi dacă nu suferă de tulburare anxioasă; dar, dacă suferă de tulburare anxioasă, poate fi cu totul înspăimântător. Cu toţii suntem, într-o anumită măsură, îngrijoraţi când trecem peste un pod – „Oare o să suporte greutatea?“, „Oare e sigur?“ –, dar pentru o persoană cu tulburare anxioasă care trece pe un pod solid, din oţel, care a suportat un trafic intens timp de decenii, poate fi la fel de înspăimântător cum ar fi pentru noi, ceilalţi, traversarea Marelui Canion pe o funie bine întinsă.

La apogeul anxietăţii mele, prietena mea de la Berkeley şi cu mine am ieşit să facem un pic de mişcare şi ne-am tot plimbat, apoi n-am mai putut să merg mai departe. M-am întins pe jos, în noroi, îmbrăcat de sus până jos în haine foarte frumoase. „Haide, măcar aşază-te pe un buştean“, a zis ea. Mă simţeam paralizat. „Te rog, lasă-mă să stau aici“, am zis, şi am simţit că iar mă podideşte plânsul. Timp de o oră, am zăcut acolo, în noroi, simţind cum apa ajunge până la piele, şi apoi prietena aproape că a trebuit să mă care înapoi, la maşină. Aceiaşi nervi care fuseseră la un moment dat cojiţi păreau acum că sunt înveliţi în plumb. Ştiam că e o catastrofă, dar acea informaţie n-avea nici un înţeles. Sylvia Plath a scris, în *The Bell Jar*, minunata evocare a propriei căderi psihice: „Nu izbuteam să am vreo reacţie. Mă simţeam inertă şi pustie, aşa cum se simte, probabil, miezul unei tornade, mişcându-se plictisit în centrul harababurii din jur.“[69] Mă simţeam ca şi cum capul mi-ar fi fost ţintuit în plexiglas, asemenea fluturilor prinşi pe vecie în capcana transparenţei compacte a unui prespapier.

Să ţin acele lecturi a fost lucrul cel mai anevoios din viaţa mea: era mai greu decât orice provocare cu care mă confruntasem până atunci, sau de atunci încoace. Editoarea care-mi organizase turneul de lecturi a venit cu mine pe parcursul a mai mult de jumătate din turneu, şi de atunci mi-a devenit prietenă dragă. Tata m-a însoţit în multe dintre călătorii; când eram departe unul de celălalt, mă suna la câteva ceasuri. Câţiva prieteni apropiaţi şi-au asumat resonsabilitatea vegherii mele, şi n-am fost niciodată singur. Vă pot spune că n-am fost un tovarăş amuzant; şi că iubirea profundă şi

cunoaşterea existenţei acestei iubiri profunde n-au fost prin ele însele leacul. Mai pot spune şi că fără iubirea profundă şi cunoaşterea existenţei acestei iubiri profunde n-aş fi găsit în mine puterea să duc la bun sfârşit acel turneu. Aş fi găsit în pădure un loc în care să zac şi aş fi rămas acolo până îngheţam şi muream.

Teroarea a dispărut în decembrie. Să fi fost oare deoarece medicamentele şi-au făcut efectul, ori pentru că se terminase turneul de lecturi? Nu ştiu. În cele din urmă, n-am anulat decât o lectură; între 1 noiembrie şi 15 decembrie, am reuşit să mă duc în unsprezece oraşe. Am avut câteva pauze de depresie, la intervale neregulate, ca atunci când dispare ceaţa. Jane Kenyon, o poetă care a suferit de depresie majoră în cea mai mare parte a vieţii, a scris despre această ieşire:

...With the wonder
and bitterness of someone pardoned
for a crime she did not commit
I come back to marriage and friends,
to pink fringed hollyhocks; come back
to my desk, books, and chair.[70]

Şi aşa, pe 4 decembrie am intrat în casa unui prieten din Upper West Side, şi acolo mi-a fost bine. În următoarele săptămâni, m-am delectat nu doar cu starea de bine, ci şi cu faptul că aveam acea stare. Am trecut cu bine Crăciunul şi Anul Nou şi mă purtam cât de cât asemănător cu starea mea obişnuită. Slăbisem şapte kilograme, iar acum am început să mă îngraş. Tata şi prietenii m-au felicitat pentru progresul uimitor. Le-am mulţumit. Totuşi, în adâncul meu, ştiam că ceea ce dispăruse erau doar simptomele. Nu-mi plăcea deloc să-mi iau zilnic pilulele. Îmi părea rău că avusesem o cădere psihică şi-mi ieşisem din minţi. Îmi displăcea expresia neelegantă, dar relevantă, *cădere psihică*, cu implicaţiile sale de mecanism care se defectează[71]. Mă simţeam uşurat că dusesem la bun sfârşit turneul de lecturi, dar eram sleit de toate lucrurile pe care mai trebuia să le duc la bun sfârşit. Eram copleşit de faptul că sunt pe lume, de alţi oameni, de viaţa lor pe care n-o puteam duce, de munca lor pe care n-o puteam face – copleşit chiar şi de îndeletniciri pe care nu le-aş fi vrut niciodată sau n-ar fi fost nevoie să le fac. Mă întorsesem în locul în care fusesem în septembrie, numai că acum ştiam cât de rău poate să fie. Eram hotărât să nu mai trec niciodată prin aşa ceva.

Această fază de revenire pe jumătate poate să dureze mult. Este momentul

periculos. În faza cea mai rea a depresiei, când abia puteam să tai un cotlet de miel, nu mi-aş fi putut face rău cu adevărat. În această perioadă de ieşire la liman, mă simţeam destul de bine pentru sinucidere. Acum puteam face cam tot ce fusesem totdeauna în stare să fac, în afară de faptul că aveam în continuare anhedonie, incapacitatea de a simţi plăcerea. Mă sileam să fac una şi alta, de formă, dar acum, că aveam energia să mă întreb de ce mă silesc aşa, nu izbuteam să găsesc motive serioase. Îmi amintesc mai ales o seară, când un cunoscut m-a convins că ar trebui să mă duc cu el la film. M-am dus, ca să-mi dovedesc veselia, şi, timp de câteva ore, am păstrat toate aparenţele amuzamentului pe care-l simţeau ceilalţi, cu toate că episoadele care li se păreau lor amuzante pe mine mă făceau să sufăr. Când m-am întors acasă, am simţit că panica şi o tristeţe mare cât toate zilele revin. M-am dus la baie şi am vomat de câteva ori, ca şi cum sentimentul acut al însingurării ar fi fost un virus din mine însumi. M-am gândit că o să mor singur şi că nu există vreun motiv solid ca să rămân în viaţă, şi m-am gândit că lumea normală şi reală în care crescusem şi în care credeam că trăiesc ceilalţi oameni nu se va mai deschide niciodată ca să mă primească pe mine. Şi, în vreme ce aceste revelaţii explodau în creierul meu ca nişte împuşcături, am vomat pe jos în baie, iar acidul mi-a urcat pe tot esofagul şi, când am încercat să-mi trag răsuflarea, am inhalat propria fiere. Mâncasem mult, ca să încerc să pun la loc kilogramele, şi simţeam că toate mesele astea veneau înapoi, ca şi cum stomacul avea să mi se întoarcă pe dos şi să atârne, fleşcăit, în WC.

Am zăcut pe jos în baie vreo douăzeci de minute, apoi m-am târât afară şi m-am întins pe pat. Era limpede pentru mintea mea raţională că o să-mi ies iarăşi din minţi, iar conştiinţa acestui fapt m-a obosit şi mai tare; ştiam însă că e o idee proastă să las nebunia în voia ei. Aveam nevoie să aud altă voce, chiar şi pentru un timp foarte scurt, care ar fi putut să străpungă cumplita mea izolare. Nu voiam să-l chem pe tata, pentru că ştiam că o să se îngrijoreze şi pentru că speram că situaţia e temporară. Voiam să vorbesc cu cineva întreg la minte şi care să mă încurajeze (o pornire greşită: smintiţii sunt prieteni mai buni când eşti tu însuţi smintit). Am luat telefonul şi mi-am sunat una dintre cele mai vechi prietene. Vorbisem mai înainte despre medicamente, despre acea panică, şi reacţiile ei fuseseră inteligente şi eliberatoare.

Mă gândeam că ea ar putea să insufle din nou viaţă sinelui meu cel dinaintea căderii psihice. Era pe la două şi jumătate dimineaţa. A răspuns la telefon soţul ei, care i-a dat receptorul. „Alo?“ a spus. „Salut“, am zis, şi am tăcut. „S-a-ntâmplat ceva?“ a întrebat. Pe dată mi-a fost limpede că n-aş putea

să explic ce s-a întâmplat. Nu aveam nimic de zis. A început să sune celălalt telefon; era cineva care fusese la film cu mine şi care se gândise că mi-a dat cheia sa odată cu restul de la apa gazoasă. Am căutat în buzunar, şi cheia lui era acolo. „Trebuie să te las“, i-am spus vechii mele prietene, şi am închis. În noaptea aceea, m-am urcat pe acoperiş şi mi-am dat seama, în vreme ce răsărea soarele, că sunt absurd de melodramatic şi că n-are sens, când locuieşti la New York, să încerci să te sinucizi sărind de pe acoperişul unei clădiri de şase etaje.

Nu voiam să stau pe acoperiş, cu toate că-mi dădeam seama că, dacă nu-mi îngădui uşurarea de a mă gândi la suicid, curând o să explodez şi o să mă omor. Simţeam tentaculele fatale ale disperării încolăcindu-mi-se în jurul braţelor şi picioarelor. Curând, aveau să-mi prindă degetele, de care aveam nevoie ca să-mi iau trebuincioasele pilule sau ca să apăs pe trăgaci, şi, după ce voi fi murit, vor fi fiind singura mişcare rămasă. Ştiam că glasul raţiunii („Pentru numele lui Dumnezeu, dă-te odată jos!“) e glasul raţiunii, dar mai ştiam şi că prin raţiune o să neg toată otrava din mine. Simţeam deja un soi de extaz ciudat al disperării la gândul sfârşitului. Măcar de-aş fi fost la fel de uşor de aruncat ca ziarul de ieri! Atunci m-aş fi aruncat pe mine însumi atât de liniştit, şi aş fi fost bucuros de absenţă, bucuros în mormânt, dacă acela ar fi fost locul care să-mi îngăduie un pic de bucurie. Conştiinţa faptului că depresia e mult prea lacrimogenă şi ridicolă m-a ajutat să cobor de pe acoperiş. La fel, cu gândul la tata, care se străduise atât de mult cu mine. Nu izbuteam să cred destul de mult în vreo iubire ca să-mi închipui că pierderea mea ar fi remarcată, dar ştiam cât de mult l-ar întrista să fi trudit atâta ca să mă salveze şi să fi fost în zadar. Şi apoi, mă tot gândeam că o să tai într-o zi pentru el cotletele de miel, şi ştiam că-i promisesem s-o fac, şi m-am mândrit totdeauna că nu-mi calc cuvântul, şi tata nu şi-a călcat niciodată cuvântul dat mie, şi asta, în cele din urmă, m-a făcut s-o iau în jos pe scări. Pe la şase dimineaţa, ud de transpiraţie şi de roua care nu se uscase încă, şi deja cu primele semne a ceea ce avea să devină apoi o febră galopantă, m-am întors în apartamentul meu. Nu voiam cu tot dinadinsul să mor, dar nu voiam cu tot dinadinsul nici să trăiesc.

Lucrurile care te salvează sunt, la fel de des, mărunte ori monumentale. Unul, cu siguranţă, e sentimentul de intimitate; să-ţi iei viaţa înseamnă să-ţi dezvălui suferinţa în faţa lumii. Un bărbat celebru, extraordinar de chipeş, scânteietor, cu căsnicie fericită, ale cărui postere umpleau pereţii fetelor pe care le cunoşteam la liceu, mi-a spus că trecuse printr-o depresie majoră când

se apropia de treizeci de ani şi se gândise foarte serios la sinucidere. „Doar vanitatea m-a salvat“, a spus foarte sincer. „Nu puteam suporta gândul că oamenii vor spune apoi că n-am reuşit în viaţă, sau că n-am putut să fac faţă succesului, sau să râdă de mine.“ Oamenii celebri şi de succes par să fie deosebit de înclinaţi spre depresie. Dat fiind că lumea e imperfectă, perfecţioniştii tind să fie depresivi. Depresia scade respectul de sine, dar în cazul multor personalităţi nu elimină mândria, care este una dintre cele mai bune maşini de luptă pe care le cunosc eu. Când ai ajuns atât de jos încât iubirea pare aproape fără sens, orgoliul şi simţul datoriei îţi pot salva viaţa.

De-abia după două zile de la povestea cu acoperişul am sunat-o iar pe vechea mea prietenă, care mi-a imputat că o trezisem din somn şi apoi am dispărut. În vreme ce mă mustra, am simţit ciudăţenia copleşitoare a vieţii pe care o duceam şi pe care ştiam că n-am cum s-o explic. Ameţit de febră şi de groază, tăceam mâlc. N-a mai vorbit niciodată cu mine după aceea. Aş putea s-o descriu ca pe o persoană care iubea normalitatea, iar eu devenisem mult prea ciudat. Depresia pune prietenii la grea încercare. Le ceri lucruri care, după standardele lumii, sunt nerezonabile, şi adesea ei nu au flexibilitatea sau cunoştinţele ori înclinaţia să se împace cu asta. Dacă ai noroc, unii oameni te vor surprinde cu adaptabilitatea lor. Comunici ceea ce poţi, şi apoi speri. Încetul cu încetul, am învăţat să iau oamenii aşa cum sunt. Unii prieteni pot să se descurce sincer cu o depresie gravă, iar alţii nu pot. Celor mai mulţi dintre oameni nu le place prea tare nefericirea altuia. Puţini pot face faţă ideii de depresie care nu are nimic a face cu realitatea exterioară. Mulţi preferă să creadă că, dacă suferi, există un motiv şi poate exista o rezolvare logică.

O mare parte dintre prietenii mei sunt un pic săriţi de pe fix. Oamenii au interpretat sinceritatea mea ca pe o invitaţie să fie sinceri ei înşişi, şi am mulţi prieteni cu care am clădit o încredere asemenea celei dintre colegii de şcoală sau foştii iubiţi, uşurinţa unei imense cunoaşteri reciproce. Încerc să fiu prudent cu prietenii mei care sunt prea sănătoşi la cap. Depresia este ea însăşi distructivă şi naşte impulsuri distructive: mă dezamăgesc pe dată oamenii care nu pricep asta, şi uneori fac greşeala de a mustra persoanele care m-au frustrat. După o depresie, e nevoie de mari eforturi de limpezire. Îmi amintesc că-i iubesc pe unii prieteni la care mă gândisem să renunţ. Încerc să reconstruiesc ceea ce am stricat. După o depresie, vine vremea să reconstitui ouăle sparte şi să pui laptele vărsat înapoi în ulcior.

În primăvara lui 1995, ultima fază a tratamentului meu psihanalitic se târa mai departe. Psihoterapeuta mea se retrăgea treptat din activitate şi, cu toate

că nu voiam s-o pierd, treaba asta care se petrecea fărâmă cu fărâmă îmi părea dureroasă, ca smulgerea lentă a unor cruste. Era, iarăşi, deteriorarea treptată a stării mamei mele. În cele din urmă, i-am pus eu însumi capăt – într-o zi, am intrat în cabinet cu un acces brusc de limpezime a minţii şi am anunţat-o că nu mă mai întorc.

Prin psihoterapie, îmi studiasem amănunţit trecutul. De atunci am stabilit că şi mama era depresivă. Îmi amintesc că descria odată sentimentul de dezolare pe care l-a avut fiind singură la părinţi. Ca adult a fost iritabilă. Folosea pragmatismul ca pe un câmp de forţă care s-o apere permanent de tristeţea necontrolată. Metoda era, în cel mai bun caz, doar parţial eficientă. Cred că a reuşit să nu aibă niciodată o cădere psihică datorită disciplinării stricte şi reglementării propriei vieţi; era o femeie cu o autodisciplină remarcabilă. Cred acum că binecuvântata ei sete de ordine era comandată de suferinţa pe care o ţinea cu atâta trudă într-un loc aflat imediat sub suprafaţă. Mă doare durerea pe care a suferit-o ea, pe care, în mare parte, eu nu trebuie s-o sufăr – cum ar fi fost viaţa ei, şi vieţile noastre, de fapt, dacă ar fi existat prozacul când era mică? Mi-ar plăcea să văd tratamente mai bune cu mai puţine efecte secundare, dar sunt tare recunoscător pentru că trăiesc în această epocă a soluţiilor, şi nu în acea epocă a luptei. Multe dintre ideile înţelepte ale mamei mele despre felul în care poţi să trăieşti cu propriile probleme nu s-au dovedit necesare pentru mine, şi, dacă ar fi trăit un pic mai mult, nu i-ar fi fost necesare nici ei. Privind în urmă, e dureros. M-am întrebat de atâtea ori ce ar fi spus ea despre depresiile mele, dacă ar fi recunoscut ceva din ele, dacă am fi fost prinşi amândoi în căderea mea psihică – dar, întrucât moartea ei a fost ceea ce a produs, cel puţin parţial, acea cădere psihică, n-am s-o ştiu niciodată. N-am avut întrebările pe care să le pun înainte de a pierde persoana căreia aş fi vrut să i le pun. Cu toate acestea, am avut în mama un model de persoană în care era prezentă totdeauna o anumită tristeţe.

Când am încetat să iau medicamente, am făcut-o repede. Ştiam că e un lucru stupid, dar voiam cu disperare să scap de medicamente. Mă gândeam că voi fi în stare să aflu cine mai sunt. N-a fost o strategie bună. În primul rând, nu mai trecusem prin ceva care să semene cu simptomele renunţării la xanax: nu putem dormi cum trebuie şi mă simţeam neliniştit şi ciudat de şovăielnic. De asemenea, mă simţeam tot timpul de parcă în seara dinainte aş fi băut câteva vedre de coniac ieftin. Mă dureau ochii, iar stomacul îmi era întors pe dos, ceea ce mi se trăgea, probabil, de la sevrajul de paxil. Noaptea, când nu dormeam cu adevărat, aveam necontenit coşmaruri îngrozitoare şi mă

trezeam cu inima bătându-mi tare. Psihofarmacologul îmi spusese de nenumărate ori că, atunci când o să fiu gata să renunţ la medicamente, trebuie s-o fac treptat şi sub supravegherea sa, însă hotărârea fusese bruscă şi mă temeam că pierd teren.

Mă simţeam un pic aşa cum fusesem înainte, însă anul fusese atât de rău, mă zguduise atât de profund, încât, chiar dacă acum eram iarăşi pe picioare, îmi dădeam seama că nu pot merge mai departe. Sentimentul acesta nu era iraţional, ca groaza; nu avea în el furie; părea foarte rezonabil. Mă săturasem de viaţă şi voiam să găsesc o cale să-i pun capăt într-un fel care să-i vatăme cât mai puţin pe cei din jurul meu. Aveam nevoie de ceva în care să cred, ceva de arătat, aşa încât toată lumea să priceapă cât de disperat am fost. Trebuia să renunţ la impedimentul invizibil pentru unul evident. În mintea mea, nu pun la îndoială faptul că acel comportament anume pe care l-am ales era foarte personal şi se lega de nevrozele mele, însă hotărârea de a mă comporta cu atâta râvnă în vederea descotorosirii de mine însumi era tipică pentru depresia agitată. Tot ce trebuia să fac era să mă îmbolnăvesc, şi asta mi-ar fi dat permisiunea. Dorinţa de o boală mai vizibilă era, după cum am aflat mai târziu, un lucru obişnuit la depresivi, care adesea recurg la automutilare, pentru a aduce fizicul la nivelul mentalului. Ştiam că sinuciderea mea ar fi fost distrugătoare pentru familie şi tristă pentru prieteni, dar simţeam că ar înţelege cu toţii că n-am avut de ales.

Nu-mi puteam imagina cum să capăt scleroză multiplă, ori cancer, ori diverse alte boli fatale, dar ştiam cum să iau SIDA, aşa că m-am hotărât să fac asta. Într-un parc din Londra, la ceas când totul e pustiu, mult după miezul nopţii, un bărbat scund, dolofan, cu ochelari cu lentile groase şi rame de baga, a venit la mine şi mi s-a oferit. Şi-a tras în jos pantalonii şi s-a aplecat. M-am pus pe treabă. Simţeam că toate astea i se întâmplă altcuiva; am auzit ochelarii căzându-i, şi singurul meu gând era: curând o să fiu mort, aşa că n-o să ajung niciodată bătrân şi jalnic ca omul ăsta. O voce din capul meu zicea că am început, în fine, procesul şi o să mor curând, iar la acest gând am simţit o imensă uşurare şi recunoştinţă. Am încercat să pricep de ce continua să trăiască bărbatul acela, de ce se scula din pat şi făcea ceva toată ziua, ca să vină aici noaptea. Luna era în primul pătrar şi era primăvară.

N-aveam de gând să mor cu încetul de SIDA; aveam intenţia să mă omor, cu HIV ca pretext. Acasă, am avut o izbucnire de spaimă şi mi-am sunat un prieten apropiat, căruia i-am spus ce făcusem. M-a ţinut de vorbă până m-am liniştit, şi apoi m-am dus la culcare. Când m-am trezit dimineaţa, mă simţeam

cam ca în prima zi la facultate, sau într-o tabără de vară, sau la un nou loc de muncă. Aceasta avea să fie următoarea fază a vieţii mele. După ce am gustat din fructul oprit, m-am hotărât să fac tâmpenii. Sfârşitul era la îndemână. Aveam o nouă senzaţie de eficienţă. Depresia lipsei unui scop dispăruse. În următoarele trei luni, am căutat alte asemenea experienţe cu străini care presupuneam că sunt infectaţi, asumându-mi riscuri din ce în ce mai mari şi mai directe. Îmi părea rău că nu puteam simţi vreo plăcere în aceste contacte sexuale, dar eram prea preocupat de planurile mele ca să fiu invidios pe cei care o simţeau. N-am cerut niciodată numele acestor oameni, nu m-am dus niciodată acasă la ei şi nu i-am invitat la mine. Mă duceam o dată pe săptămână, de obicei miercurea, într-un loc din oraş în care puteam să am o experienţă ieftină, care să mă infecteze.

Între timp, treceam prin simptome plicticos de tipice de depresie agitată. Avusesem anxietate, care e groază pură; aceasta era plină de ură, angoasă, vinovăţie, scârbă de sine. Nu mă mai simţisem în viaţa mea atât de vremelnic. Dormeam prost şi eram de o iritabilitate feroce. Nu mai vorbeam cu cel puţin şase persoane, printre care una de care crezusem că s-ar putea să fiu îndrăgostit. Începusem să trântesc telefonul când cineva spunea ceva care nu-mi convenea. Îi criticam pe toţi. Îmi era greu să dorm, pentru că mintea mea se ambala pentru mici nedreptăţi din trecutul meu, care acum păreau de neiertat. Nu mă puteam concentra cu adevărat pe nimic anume: de obicei, sunt un cititor vorace vara, dar în vara aceea n-am putut să citesc nici măcar o revistă din scoarţă-n scoarţă. Mă apucam să spăl ce aveam de spălat noaptea, când nu puteam dormi, ca să-mi fac de lucru şi să-mi abat gândurile. Când m-a înţepat un ţânţar, am zgândărit locul până ce a sângerat, şi apoi am smuls crustele; îmi rodeam unghiile atât de mult, încât şi degetele îmi sângerau; aveam răni deschise şi zgârieturi peste tot, deşi nu m-am tăiat niciodată dinadins. Starea îmi era atât de diferită de simptomele vegetative care alcătuiseră căderea psihică, încât nu mi-am dat seama că încă sunt în ghearele aceleiaşi maladii ca înainte.

Şi apoi, într-o zi de la începutul lui octombrie, după unul dintre penibilele mele episoade de sex neprotejat, de data asta cu un băiat care mă urmărise până la un hotel şi-mi făcuse avansuri în lift, mi-am dat seama că s-ar putea ca eu să-i infectez pe alţii – şi asta nu intra în planurile mele. M-am îngrozit brusc că dădusem cuiva boala; voisem să mă omor pe mine, nu şi restul lumii. Avusesem la dispoziţie patru luni ca să mă infectez; avusesem, în total, vreo cincisprezece episoade neprotejate; şi era vremea să mă opresc, înainte

să încep să răspândesc boala în jur. Faptul că ştiam că o să mor alungase deprimarea pe care o simţeam, ba chiar, într-un fel ciudat, micşorase dorinţa de a muri. Am lăsat în urmă acea perioadă din viaţa mea. Am redevenit mai blând. La cea de-a treizeci şi doua aniversare, m-am uitat în jur, la numeroşii prieteni care veniseră la petrecere, şi am reuşit să zâmbesc, ştiind că era ultima, că n-o să-mi mai serbez niciodată ziua de naştere, că o să mor curând. Sărbătoririle erau obositoare; darurile le-am lăsat în hârtia în care erau împachetate. Am socotit cât mai trebuie să aştept. Mi-am notat data din martie când aveau să fi trecut şase luni de la ultimul contact şi puteam să fac testul, să obţin confirmarea. Şi, în toată această vreme, m-am purtat cum trebuie.

Am lucrat cu spor la câteva proiecte literare, am organizat petrecerea familială de Ziua Recunoştinţei şi de Crăciun şi m-am lăsat în voia sentimentelor în aceste ultime zile de sărbătoare ale mele. Apoi, la câteva săptămâni după Anul Nou, am trecut în revistă, împreună cu un prieten expert în HIV, amănuntele contactelor mele, şi el mi-a spus că s-ar putea să n-am nimic. La început, am fost consternat, dar apoi perioada depresiei mele agitate, indiferent ce m-o fi împins la acel comportament, a început să se risipească. Nu cred că experienţele cu HIV m-au făcut să-mi răscumpăr greşelile; pur şi simplu trecuse vremea, vindecând gândirea bolnavă care m-a împins, de fapt, la acele excese. Depresia, care se abate asupra ta cu forţa de uragan a căderii psihice, te părăseşte treptat, în linişte. Prima mea cădere psihică se încheiase.

Insistenţa pe normalitate, credinţa într-o logică interioară în ciuda anormalităţii caracteristice sunt endemice în depresie. Povestea din această carte – pe care am întâlnit-o de atâtea ori – e a tuturor. Înfăţişarea normalităţii e însă unică în cazul fiecărei persoane: ideea de normalitate este, poate, şi mai personală decât ideea de ciudăţenie. Bill Stein, un editor pe care-l cunosc, provine dintr-o familie în care şi depresia, şi trauma au fost cât se poate de prezente. Tatăl lui, evreu născut în Germania, a plecat din Bavaria cu viză de afaceri la începutul lui 1938. Bunicii i-au fost scoşi în faţa casei în timpul „nopţii de cristal“ (*Kristallnacht*), în noiembrie 1938, şi, cu toate că n-au fost arestaţi, au fost siliţi să vadă cum mulţi dintre prietenii şi vecinii lor au fost trimişi la Dachau. Trauma de a fi evreu în Germania nazistă era cumplită; după *Kristallnacht*, bunica lui Bill a intrat într-un declin care a durat şase săptămâni, culminând cu sinuciderea ei în ziua de Crăciun. În săptămâna ce a urmat, au sosit vizele de plecare pentru ambii bunici ai lui Bill. Tatăl lui a

emigrat singur.

Părinţii lui Bill s-au căsătorit la Stockholm în 1939, au plecat în Brazilia, după care s-au stabilit în SUA. Tatăl lui a refuzat totdeauna să vorbească despre această poveste. „Acea perioadă din Germania“, îşi aminteşte Bill, „pur şi simplu n-a existat.“ Locuiau pe o stradă frumoasă, într-o suburbie prosperă, într-o bulă de irealitate. Parţial din pricina acestei practici a negării, tatăl lui Bill a suferit o cădere psihică gravă la cincizeci şi şapte de ani şi a recidivat în mod repetat până la moarte, peste mai bine de treizeci de ani. Depresiile sale au avut acelaşi tipar pe care l-a moştenit fiul. Prima lui depresie majoră a apărut când fiul avea cinci ani; a continuat să se năruiască periodic, cu o depresie deosebit de gravă, care a durat de când Bill era în clasa a şasea până ce a terminat prima treaptă de liceu.

Mama lui Bill provenea dintr-o familie mult mai bogată şi mai privilegiată de evrei germani, care plecase din Germania la Stockholm în 1919. Era o femeie cu multă tărie de caracter. Odată, l-a pălmuit pe un căpitan nazist care fusese grosolan cu ea: „Sunt cetăţean suedez“, i-a zis, „şi nu permit să mi se vorbească aşa.“

La nouă ani, Bill Stein avea lungi perioade de depresie. Vreme de vreo doi ani, i-a fost frică să doarmă şi era traumatizat când părinţii săi se duceau la culcare. Apoi, sentimentele întunecate au dispărut pentru câţiva ani. După câteva recidive minore, au revenit când a intrat la facultate şi au scăpat de sub control în 1974, în al doilea semestru din anul întâi. „Aveam colegul ăsta de cameră sadic, iar constrângerile la universitate erau straşnice. Eram atât de anxios, că intram în hiperventilaţie“, îşi aminteşte. „Pur şi simplu, nu suportam presiunea. Aşa că m-am dus la cabinetul medical studenţesc şi mi-au dat valiu.“

Depresia n-a trecut în timpul verii. „Adesea, când aveam depresii grave, pierdeam controlul intestinelor. Îmi amintesc că vara aceea a fost tare grea în această privinţă. Aşteptam cu groază anul doi. Nu puteam face faţă examenelor sau vreunui alt lucru. Când m-am întors la şcoală şi am dus la bun sfârşit primul an şi am luat numai A, am crezut, sincer, că cineva încurcase pe acolo borcanele. Când s-a dovedit că n-a fost aşa, am avut o senzaţie îmbătătoare, şi asta m-a scos din depresie.“ Dacă există declanşatoare pentru căderile psihice, există şi pentru revenire, şi acesta a fost declanşatorul lui Stein. „M-am întors la normalitate după o zi, dar nu m-am mai dus niciodată la fund cu-adevărat cât am fost la facultate. Am renunţat însă la aspiraţii. Dacă mi-ai fi spus atunci ce o să fac acum, cu ce oameni o să

lucrez, aş fi fost şocat de-a binelea. Eram lipsit de ambiţie.“ În ciuda acceptării sorţii, Stein a muncit ca un rob. A continuat să ia A pe linie. „Nu ştiu de ce-mi dădeam atâta osteneală“, spune el. „Nu voiam să mă duc la facultatea de drept sau altundeva. Pur şi simplu, mă gândeam că, într-un fel sau altul, notele o să mă facă să fiu în siguranţă, o să mă convingă că sunt funcţional.“ După absolvire, Stein s-a angajat ca profesor la un liceu de stat din nordul statului New York. A fost un dezastru; n-a fost în stare să ţină în frâu o clasă, şi a rezistat doar un an. „Am plecat ca un ratat. Am slăbit mult. Am avut altă depresie. Şi apoi, tatăl unui prieten a spus că mi-ar putea da o slujbă, şi am primit-o ca să am ceva de făcut.“

Bill Stein e un om cu o minte calmă, puternică, şi cu un ego stăpânit perfect. E atât de modest, că asta ajunge aproape să fie un defect. Bill a suferit depresii repetate, fiecare cam de şase luni, întru câtva legate de anotimp, cu punctul cel mai de jos în aprilie. Cel mai rău a fost în 1986, lucrurile fiind precipitate de nişte probleme la muncă, pierderea unui bun prieten şi încercarea lui Bill de a renunţa la xanax, pe care-l lua de numai o lună, dar de care devenise dependent. „Mi-am pierdut apartamentul“, spune Stein. „Mi-am pierdut serviciul. Mi-am pierdut cei mai mulţi dintre prieteni. Nu puteam sta singur într-o casă. Trebuia să mă mut din vechiul apartament, pe care tocmai îl vândusem, în apartamentul ăsta nou, care tocmai fusese renovat, şi pur şi simplu n-am putut. M-am prăbuşit cu repeziciune, iar neliniştea m-a distrus. Mă trezeam la trei sau la patru dimineaţa cu izbucniri de anxietate atât de intense, încât ar fi fost mai plăcut să mă arunc pe fereastră. Când eram cu alţi oameni, simţeam totdeauna că o să leşin de atâta solicitare. Fusesem într-o vâjâială în jurul globului, până-n Australia – punct terminus –, cu trei luni înainte, iar acum lumea îmi fusese răpită. Eram la New Orleans când am fost cu-adevărat pus la încercare, şi am ştiut deodată că trebuie să mă duc acasă, dar nu eram în stare să mă urc într-un avion. Ceilalţi profitau de mine; eram ca un animal rănit în câmp deschis.“ S-a prăbuşit cu totul. „Când ţi-e cu adevărat rău, ai soiul ăsta de expresie catatonică, de parcă ai fi fost uluit. Te porţi ciudat, din pricina pierderilor; mi-a dispărut memoria pe termen scurt. După care a fost şi mai rău. Nu-mi puteam controla intestinele şi mă scăpam în pantaloni. Am trăit apoi cu o atât de mare groază că se întâmplă asta, încât nu mai puteam ieşi din apartament, iar asta era încă o traumă. În cele din urmă, m-am mutat în casa părinţilor mei.“ Însă viaţa acasă n-a îmbunătăţit lucrurile. Tatăl lui Bill şi-a pierdut orice nădejde sub apăsarea bolii fiului şi a ajuns el însuşi la spital. Bill s-a dus să stea la sora sa;

apoi, un prieten din şcoală l-a luat acasă la el pentru şapte săptămâni. „A fost groaznic“, spune Bill. „Mă gândeam, în punctul ăsta, că o să fiu bolnav mintal tot restul vieţii. Episodul a durat peste un an. Părea preferabil să mă las antrenat de cădere decât să lupt cu ea. Cred că trebuie să te laşi dus şi să înţelegi că lumea va fi creată din nou şi că s-ar putea să nu mai semene niciodată cu ceea ce trăiseşi înainte.“

S-a dus, în câteva rânduri, până la poarta câte unui spital, dar n-a fost în stare să intre şi să se interneze acolo. În cele din urmă, s-a internat la Mt. Sinai Hospital din New York, în septembrie 1986, şi a cerut terapie cu electroşocuri. Această terapie îl ajutase pe tatăl său, dar nu şi pe el. „Era cel mai dezumanizant loc pe care mi-l pot închipui, să treci de la viaţa din afară la interdicţia de a avea propria trusă de bărbierit ori unghieră. Să trebuiască să porţi pijama. Să trebuiască să iei cina la patru şi jumătate. Să ţi se vorbească de sus, ca şi cum ai fi retardat, pe lângă faptul că eşti depresiv. Să vezi alţi pacienţi în celule capitonate. Nu poţi avea telefon în cameră, pentru că te-ai putea strangula cu firul şi pentru că vor să-ţi controleze accesul la lumea de afară. Asta nu e ca o spitalizare normală. În salonul de boli mintale, eşti lipsit de drepturi. Nu cred că spitalul e un loc potrivit pentru depresivi, în afară de cazul în care sunt total neajutoraţi sau disperat de înclinaţi spre sinucidere.“

Desfăşurarea fizică a tratamentelor prin şocuri a fost cumplită. „Cel care le administra era un medic care semăna mult cu Herman Munster[72]. Tratamentele se făceau în subsolul Spitalului Mt. Sinai. Toţi pacienţii care le primeau se duceau acolo, în pântecele iadului, şi toţi purtam halate de baie, şi părea că suntem un şir de ocnaşi. Dat fiind că-mi păstrez destul de bine calmul, mă lăsau la urmă, şi stăteam acolo, încercând să-i îmbărbătez pe toţi oamenii ăia îngroziţi care aşteptau, în vreme ce îngrijitorii intrau şi ne îmbrânceau, ca să ajungă la dulapurile lor, care erau tot acolo. Dacă aş fi Dante, aş reuşi minunat să explic cum era acolo. Voisem acel tratament, dar încăperea şi oamenii păreau o scenă barbară a experimentelor doctorului Mengele. Dacă vrei să faci chestia asta, fă-o la afurisitul de etaj opt, cu ferestre luminoase şi culori vii! Acum n-aş mai permite-o.“

„Încă mai deplâng pierderea memoriei“, spune el. „Am avut o memorie excepţională, aproape fotografică, şi n-a mai revenit. Când am ieşit din spital, nu-mi puteam aminti cifrul dulapului, conversaţiile.“ După ce a ieşit, la început n-a putut nici să îndosarieze, ca activitate voluntară, dar curând a început să funcţioneze. S-a dus pentru şase luni la Santa Fe şi a stat la nişte prieteni. În vară, s-a întors la New York şi a locuit iarăşi singur. „Poate că-i

mai bine că memoria mea suferea evident de pierderi permanente“, spune el. „M-a ajutat să trec mai uşor peste unele pase proaste. Le uit la fel de uşor cum uit toate celelalte lucruri.“ Vindecarea a fost treptată. „E multă voinţă, dar nu poţi controla vindecarea. Nu-ţi poţi imagina când se va întâmpla, aşa cum nu poţi să prezici când va muri cineva.“

Stein a început să se ducă săptămânal la sinagogă, împreună cu un prieten evlavios. „Credinţa m-a ajutat substanţial. Într-un fel, faptul că cred în altceva a redus tensiunea în care trăiam“, spune el. „Întotdeauna am fost mândru că sunt evreu şi am fost atras de lucrurile religioase. După acea depresie gravă, am simţit că, dacă aş crede destul de mult, s-ar putea petrece lucruri care să salveze lumea. Trebuia să cobor atât de mult, încât să nu mai fie nimic altceva în care să cred decât Dumnezeu. Eram un pic stingherit să mă simt atras de religie; dar era bine. E bine că, oricât de rea e săptămâna, e slujbă în fiecare vineri.

Ceea ce m-a salvat însă a fost prozacul, care a venit în 1988 la ţanc. A fost un miracol. Capul meu simţea dintr-odată, după toţi aceşti ani, că nu mai are în el o falie, forţată să se lărgească tot mai mult. Dacă mi-ai fi spus în 1987 că, după un an, o să merg cu avionul, o să lucrez cu guvernatori şi senatori – ei bine, aş fi râs. Nu puteam nici măcar să trec strada.“ Bill Stein ia acum effexor şi litiu. „Cea mai mare spaimă a mea de când mă ştiu a fost că n-o să pot face faţă morţii tatălui meu. A murit la nouăzeci de ani, şi, când a murit, am fost aproape extaziat să constat că pot să fac faţă. Am simţit că mi se rupe inima şi am plâns, dar am putut să fac lucrurile normale: să joc rolul fiului în familie, să vorbesc cu avocaţii, să scriu ferparul. M-am descurcat mai bine decât aş fi crezut că e cu putinţă.

Încă mai trebuie să fiu atent. Mă simt tot timpul ca şi cum fiecare ar vrea o bucăţică din mine. Nu pot da decât atât, după care devin foarte, foarte tensionat. Cred – probabil greşit – că oamenii îşi vor pierde părerea bună despre mine dacă le povestesc sincer trăirile mele. Încă îmi amintesc că mă evitau. Viaţa e tot timpul la limita unei noi căderi psihice. Am învăţat să ascund asta, să fac în aşa fel, încât nimeni să nu poată şti când iau trei medicamente şi sunt în pragul prăbuşirii. Nu cred că voi mai fi vreodată fericit cu adevărat. Nu te poţi aştepta decât ca viaţa să nu fie mizerabilă. Când eşti cât se poate de conştient de tine însuţi e greu să fii pe deplin fericit. Îmi place baseballul. Iar când văd alţi tipi pe stadion dând pe gât beri, părând atât de puţin conştienţi de sine şi de relaţia lor cu lumea – îi invidiez. Doamne, n-ar fi grozav să fiu aşa?

Mă tot gândesc la felurile de a părăsi viaţa. De-ar fi aşteptat bunica un pic! Povestea sinuciderii ei m-a învăţat răbdarea. Nu încape îndoială că, indiferent cât de rău ar mai fi iar, o s-o scot la capăt. N-aş fi însă cel care sunt acum fără înţelepciunea câştigată din experienţele mele, lepădarea de narcisism pe care au pricinuit-o.“

Povestea lui Bill Stein are pentru mine o rezonanţă considerabilă. De când l-am cunoscut pe Bill, am tot meditat la felurile de a muri. M-am gândit la cele nicicând folosite şi la cele care au fost. În faptul că am scos-o la capăt cu prima mea depresie a fost implicată tenacitatea mea. A urmat o scurtă perioadă de acceptabilă linişte sufletească. Când am început să simt, pentru a doua oară, neliniştea şi depresia gravă – eram încă în siajul primei depresii şi nu mi-era limpede unde e posibil să mă fi lăsat flirtul meu cu SIDA –, mi-am dat seama ce se petrece. Am simţit nevoia de pauză. Viaţa însăşi părea alarmant de presantă, părea să ceară atât de mult de la mine. Era prea greu să ţin minte, şi să gândesc, şi să exprim, şi să înţeleg – toate lucrurile de care trebuia să fiu în stare ca să vorbesc. Să-mi păstrez, în acelaşi timp, mutra însufleţită era o insultă adăugată rănii. Era ca şi cum aş fi încercat să gătesc, şi să mă dau cu rolele, şi să cânt, şi să bat la maşină – toate în acelaşi timp. Poetul rus Daniil Harms a descris cândva foamea: „Atunci începe slăbiciunea. Apoi urmează plictiseala. După aceea vine pierderea puterii de a gândi iute. După care vine liniştea. Şi apoi vin halucinaţiile.“[73] Cu etape exact la fel de articulate şi de cumplite a început a doua criză de depresie – exacerbată de teama reală de testul HIV pe care-l programasem. Nu voiam să-ncep din nou cu medicaţia, şi o vreme am încercat s-o depăşesc. Apoi, într-o zi, mi-am dat seama că n-o să reuşesc. Am ştiut cu trei zile înainte că mă prăbuşesc de-a binelea. Am început să iau paxilul pe care-l mai aveam în dulăpiorul cu medicamente. L-am sunat pe psihofarmacolog. L-am avertizat pe tata. Am încercat să iau măsurile trebuincioase: să-ţi pierzi minţile este, asemenea pierderii cheilor maşinii, o mare belea. Dincolo de panică, mă auzeam pe mine însumi, ţinându-mă sprinten de ironii când sunau prietenii. „Regret, trebuie să renunţ la întâlnirea de marţi“, ziceam. „Iar mi-e frică de cotletele de miel.“ Simptomele au venit iute şi au fost de rău augur. În circa o lună, am pierdut o cincime din greutatea corporală, vreo şaptesprezece kilograme.

Psihofarmacologul credea că, de vreme ce zoloftul mă ameţea un pic, iar paxilul mă făca să fiu foarte încordat, merita să încercăm ceva nou, aşa că m-a pus pe effexor şi buSpar, din care mai iau şi acum, după şase ani. Când eşti

în ghearele depresiei, ajungi, la un moment dat, într-un punct ciudat, în care e imposibil să vezi limita dintre propria-ţi pornire teatrală şi realitatea nebuniei. Am descoperit două calităţi conflictuale ale caracterului. Sunt din fire melodramatic; pe de altă parte, pot să ies în lume şi să „par normal“ în cele mai anormale împrejurări. Antonin Artaud a scris pe unul dintre desenele sale: „Niciodată real şi totdeauna adevărat“,[74] şi aşa percepi depresia. Ştii că nu e reală, că eşti altundeva, şi totuşi ştii că e absolut adevărată. E foarte derutant.

În săptămâna cu testul HIV, ajunsesem să iau zilnic între 12 şi 16 miligrame de xanax (îmi făcusem, ca o veveriţă, rezerve din acest medicament), ca să pot dormi tot timpul şi să nu fiu neliniştit. În joia acelei săptămâni, m-am sculat din pat şi mi-am verificat mesajele. Asistenta medicului meu spunea: „Aveţi colesterolul scăzut, electrocardiograma e bună, iar testul HIV a ieşit bine.“ Am sunat-o pe dată. Era adevărat. La urma urmei, aveam HIV-negativ. Aşa cum spusese Gatsby: „Mi-am căutat moartea din toate puterile, însă s-ar fi spus că eram vrăjit.“[75] Am ştiut atunci că voiam să trăiesc, şi am fost recunoscător pentru veşti. Dar am continuat pur şi simplu să mă simt îngrozitor încă două luni. Strângeam zilnic din dinţi, în lupta cu tendinţa de suicid. Şi apoi, în iulie, am hotărât să accept invitaţia de a mă duce cu nişte prieteni până în Turcia. A fost mai ieftin pentru mine să mă duc acolo decât ar fi fost să stau în spital, şi a fost de cel puţin trei ori mai eficient: în soarele deplin al Turciei, depresia s-a evaporat. Lucrurile au mers netulburat spre bine după aceea. Spre sfârşitul toamnei, m-am pomenit deodată că stau treaz în crucea nopţii, tremurând, aşa cum fusese în punctul cel mai de jos al depresiei, dar de data asta eram treaz de fericire. M-am dat jos din pat şi am scris despre asta. Trecuseră ani de când nu simţisem nici un strop de fericire, şi uitasem cum e să vrei să trăieşti, să te bucuri de ziua în care eşti şi să tânjeşti după următoarea, să ştii că eşti unul dintre oamenii norocoşi pentru care viaţa înseamnă s-o trăiască. La fel de sigur precum curcubeul pe care Dumnezeu i l-a trimis ca semn lui Noe, am simţit că am dovada că viaţa merită totuşi să fie trăită şi va merita totdeauna. Ştiam că m-ar mai putea aştepta episoade dureroase, că depresia e ciclică şi se întoarce iar şi iar să-şi tortureze victima. Mă simţeam în siguranţă faţă de mine. Ştiam că veşnica tristeţe, chiar dacă încuibată în mine, nu umbreşte fericirea. Curând după aceea, am împlinit treizeci şi trei de ani, şi a fost o aniversare cu adevărat fericită, în sfârşit.

Şi n-am mai ştiut de depresia mea multă vreme. Poeta Jane Kenyon scria:

We try a new drug, a new combination
of drugs, and suddenly
I fall into my life again

like a vole picked up by a storm
then dropped three valleys
and two mountains away from home.

I can find my way back. I know
I will recognize the store
where I used to by milk and gas.

I remember the house and harn,
the rake, the blue cups and plates,
the Russian novels I loved so much,

and the black silk nightgown
that he once thrust
into the toe of my Christmas strocking.[76]

Şi aşa cu mine: totul părea că se întoarce, începea ciudat, apoi devenea brusc familiar, şi mi-am dat seama că tristeţea cea profundă a început când s-a îmbolnăvit mama, s-a agravat la moartea ei, s-a prefăcut, dincolo de adânca mâhnire, în disperare, mă scosese – dar nu mă mai scotea – din circulaţie. Încă mă mai întristau lucrurile triste, dar eram iarăşi eu însumi, aşa cum fusesem, aşa cum voiam dintotdeauna să fiu în continuare.

De când scriu o carte despre depresie, mi se cere adesea în societate să-mi descriu trăirile, şi, de obicei, închei spunând că iau medicamente. „Încă?“ întreabă oamenii. „Dar arătaţi bine!“ La care răspund invariabil că arăt bine pentru că sunt bine, şi sunt bine în parte datorită medicamentelor. „Şi cât timp credeţi că o să mai luaţi chestiile alea?“ întreabă oamenii. Când spun că o să iau medicamente pe termen nedefinit, persoanele – care primiseră cu calm şi simpatie veştile despre încercările de sinucidere, catatonie, despre anii în care n-am putut lucra, pierderea semnificativă în greutate şi celelalte – se uită la mine îngrijoraţi. „Dar e tare rău să ia cineva medicamente în felul ăsta“, zic ei. „Cu siguranţă că acum sunteţi destul de puternic ca să renunţaţi la unele dintre medicamente!“ Dacă le spui că e ca şi cum ai renunţa la carburatorul maşinii tale ori la arcele butante de la Notre Dame, încep să râdă. „Atunci poate să o să luaţi în continuare o doză foarte mică, de întreţinere?“ întreabă.

Le explici că nivelul medicamentelor pe care le iei a fost ales, deoarece normalizează sistemele care ar putea s-o ia razna şi că o doză mică de medicament ar fi ca scoaterea unei jumătăţi din carburator. Adaugi că medicamentele pe care le iei nu-ţi provoacă aproape nici un efect secundar şi că nu există dovezi ale efectelor negative ale medicaţiei pe termen lung. Spui că n-ai de gând să fii iarăşi bolnav. Dar starea de bine este încă asociată, în acest domeniu, nu cu dobândirea controlului asupra problemei tale, ci cu renunţarea la medicamente: „Păi, sper din toată inima că o să puteţi scăpa de ele curând“, zic ei.

„Poate că nu cunosc exact efectele medicamentelor pe termen lung“, spune John Greden. „Nimeni n-a luat încă prozac timp de optzeci de ani. Dar cunosc cu siguranţă efectele care apar când nu iei medicamente, sau când tot iei medicamente şi iar renunţi la ele, sau când încerci să reduci dozele potrivite la niveluri nepotrivite – iar efectele sunt leziuni ale creierului. Începi să ai consecinţe din cronicitate. Ai recidive din ce în ce mai grave, niveluri ale suferinţei pe care n-ai avea de ce să le trăieşti vreodată. N-am trata niciodată diabetul sau hipertensiunea în acest mod de «ba iei, ba nu iei» medicamente; de ce o facem când e vorba despre depresie? Această boală are o rată anuală de recidivă de 80 la sută fără medicamente şi un procent de 80 la sută de stare de bine cu medicamente.“ Robert Post, de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), e de aceeaşi părere: „Oamenii îşi fac griji din pricina efectelor secundare ale luării medicamentelor toată viaţa, dar aceste efecte secundare par neînsemnate, de-a dreptul neînsemnate în comparaţie cu caracterul letal al depresiei insuficient tratate. Dacă ai o rudă sau un pacient care ia digitalină, ce-ai zice să-i sugerezi să renunţe la ea, să vezi cum are altă criză cardiacă de tip congestiv, iar inima îi devine atât de flască, încât nu mai poate reveni niciodată la forma iniţială? Asta nu-i cu nimic diferit.“ Efectele secundare ale acestor medicamente sunt, pentru mulţi oameni, mai sănătoase decât boala pe care o tratează.

Există dovezi despre reacţii adverse la orice: cu siguranţă că mulţi oameni au avut reacţii adverse la prozac. Se recomandă o anumită prudenţă când hotărăşti să iei orice, de la ciupercile sălbatice până la siropul de tuse. Unul dintre finii mei, la sărbătorirea unei zile de naştere la Londra, aproape că a murit din cauza miezului de nucă, la care e alergic; e bine că legea etichetării cere acum ca, la produsele care conţin nucă, să se specifice acest lucru pe etichetă. Cei care iau prozac ar trebui să fie atenţi la început la reacţiile adverse. Medicamentul poate să provoace ticuri faciale şi înţepenirea

muşchilor. Antidepresivele ridică probleme legate de dependenţă, de care mă voi ocupa mai încolo. Scăderea libidoului, visele stranii şi alte efecte menţionate în prospectele inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) pot fi foarte neplăcute. Mă îngrijorează rapoartele în care unele antidepresive au fost asociate cu sinuciderea; cred că asta are a face cu calitatea de refacere a forţelor pe care o au medicamentele, care îţi poate da resursele necesare ca să faci lucruri la care înainte erai prea slăbit ca să te gândeşti. Sunt de acord că nu putem cunoaşte cu siguranţă efectul pe termen foarte lung al medicamentelor. E foarte trist totuşi că unii oameni de ştiinţă au ales să exploateze aceste reacţii adverse, creând o industrie a detractorilor prozacului, care prezintă eronat medicamentul ca pe o primejdie gravă impusă publicului nevinovat. Într-o lume ideală, n-am lua medicamente, iar corpul s-ar regla singur aşa cum se cuvine; cine vrea să ia medicamente? Însă afirmaţiile ridicole făcute în cărţi atât de ţipător stupide ca *Prozac Backlash* nu pot fi considerate altceva decât conformare la temerile cele mai vulgare ale unui public neliniştit. Îi plâng pe cinicii care împiedică pacienţii chinuiţi să urmeze tratamente esenţialmente benigne, care ar putea să-i facă să se întoarcă la viaţa de dinainte.

Asemenea naşterii unui copil, depresia e o durere atât de mare, încât e atemporală. N-am avut-o când o relaţie s-a terminat rău în iarna lui 1997. A fost o noutate revoluţionară – i-am spus cuiva – să nu am o cădere în timpul ruperii relaţiei.[77] Nu mai eşti însă niciodată acelaşi după ce ai aflat că nu există *eu* care să nu se poată nărui. Ni se vorbeşte despre „încredere în sine“, dar e dificil când nu ai un *eu* pe care să te bazezi. Alţii m-au ajutat, şi există reacţii chimice care au produs readaptarea, şi mă simt bine, cu toate astea, pe moment, dar coşmarurile care tot revin nu mai sunt despre lucrurile care o să mi se întâmple, care se petrec din cauze externe, ci despre lucrurile care au loc *în* mine. Dar dacă mâine mă trezesc şi nu mai sunt eu însumi, ci un gândac de bălegar? Fiecare dimineaţă începe cu acea nesiguranţă încordată privitoare la cine sunt, cu verificarea unor cancere cu creştere agresivă, cu neliniştea momentană de a şti dacă nu cumva coşmarurile ar putea fi adevărate. E ca şi cum eul meu s-ar răsuci, m-ar scuipa şi ar zice: nu întinde coarda, nu te bizui pe mine prea mult, am problemele mele de care să mă ocup. Dar atunci cine e cel care se împotriveşte nebuniei sau e chinuit de ea? Cine e cel scuipat? Am făcut psihoterapie ani în şir, am trăit, am iubit şi am pierdut şi, zău, n-am nici cea mai mică idee. Există cineva sau ceva mai puternic decât reacţiile chimice sau voinţa, un eu care m-a scos la liman din

revolta eului meu personal, un eu comun care a stat pe poziţii până ce chimicalele rebele şi ideaţia ce decurge din ele au fost readuse la ordine. Este oare acel eu o chestiune chimică? Nu sunt adept al spiritualismului şi am crescut fără religie, însă acea coardă întinsă care trece prin miezul meu, care rezistă chiar şi atunci când eul a fost dat jos de pe ea: oricine care trece prin aşa ceva ştie că nu-i niciodată atât de simplu ca reacţiile chimice complexe.

În timpul propriei căderi psihice, ai avantajul că eşti *în* ea, unde poţi vedea ce se petrece. Din afară, nu poţi decât să stai să ghiceşti; dar, întrucât depresia e ciclică, poate fi folositor să înveţi toleranţa şi recunoaşterea. Eve Kahn, o veche prietenă, mi-a povestit despre preţul plătit de familie pentru depresia tatălui ei: „Tata a avut o perioadă grea, care a început devreme. Bunicul meu a murit, iar bunica a izgonit din casă religia. A zis: dacă Dumnezeu a putut să-mi ia bărbatul şi să mă lase aşa, cu patru copii, nu există Dumnezeu. Şi s-a apucat să pună pe masă creveţi şi şuncă la toate sărbătorile evreieşti! Platouri cu creveţi şi şuncă! Tata are un metru nouăzeci şi o sută zece kilograme, era de neînvins la handbal, în facultate a jucat baseball şi fotbal, genul de tip pe care nu ţi-l închipui fragil. A devenit psiholog. Apoi, cam pe la treizeci şi opt de ani – cronologia e neclară, pentru că mama nu vrea să vorbească despre asta, tata nu-şi aminteşte prea bine, iar eu eram copil mic când a-nceput asta –, într-o zi, cineva de la clinica unde lucra el a sunat-o pe mama şi i-a spus că tata a dispărut, a plecat de la serviciu şi nu ştie nimeni unde e. Aşa că mama ne-a înghesuit pe toţi în maşină şi ne-am învârtit şi ne-am tot învârtit până ce l-am găsit, în cele din urmă, rezemat de o cutie poştală, plângând. Imediat după aceea, a făcut terapie cu electroşocuri şi, când s-a terminat, i-au spus mamei să divorţeze de el, că n-o să mai fie niciodată cel dinainte. «Copiii dumneavoastră n-o să-l mai recunoască», au zis. Deşi nu i-a crezut de-a binelea, a stat în maşină, pe când îl aduceau acasă de la tratament, şi a plâns. Când s-a trezit, era ca o copie xerox a lui însuşi. Cam confuz, memoria nu mai funcţiona ca lumea, mai grijuliu cu el însuşi, mai puţin interesat de noi. S-ar putea zice că a fost un tată foarte devotat când eram mici – venea acasă devreme, ca să vadă ce am învăţat în ziua aceea, şi ne aducea mereu jucării. După terapia cu electroşocuri, problema a fost o vreme rezolvată. Şi apoi s-a întâmplat din nou, după patru ani. Au încercat medicamente şi iarăşi terapie cu electroşocuri. A trebuit să renunţe la muncă o vreme. În cea mai mare parte din timp, era în stare proastă. Nu-i mai recunoşteai faţa; bărbia i se retrăsese în obraji. Se scula din pat şi se învârtea neajutorat prin casă, cu mâinile tremurând, mâinile acelea mari, care-i atârnau de-o parte şi de alta a

corpului. Poţi pricepe de unde vin teoriile despre posedarea de către demoni, pentru că cineva pusese stăpânire pe trupul tatălui meu. Aveam cinci ani şi vedeam cu ochii mei. Îmi amintesc foarte bine. Arăta la fel, dar nu era nimeni înăuntrul lui.

Apoi, părea că-i e mai bine, şi a avut o perioadă bună vreo doi ani, după care s-a năruit iar. Şi atunci a rămas aşa multă vreme. În cele din urmă, i-a fost un pic mai bine, şi apoi iar s-a năruit, şi iar. Maşina a făcut-o praf când aveam eu vreo cincisprezece ani, pentru că era cu totul năucit, ori pentru că voia să se sinucidă – cine poate şti? S-a întâmplat iar în primul meu an de facultate. Am primit un telefon; a trebuit să renunţ la un examen şi m-am dus să-l văd la spital. Îi luaseră cureaua şi cravata, tot tacâmul. Şi apoi a ajuns iar acolo, după cinci ani. După care s-a pensionat. Şi şi-a schimbat cu totul viaţa. Ia multe vitamine şi face multă mişcare şi nu lucrează. Şi ori de câte ori îl stresează ceva, iese din cameră. Plânge fetiţa mea, care are câteva luni? Îşi ia pălăria şi pleacă acasă. Dar mama a rămas alături de el în pofida a toate astea, căci, când era sănătos, era un soţ minunat. Au urmat zece ani buni după ce a împlinit nouăzeci, până ce un atac cerebral l-a doborât iar, la începutul lui 2001.“

Eve era hotărâtă să nu-şi expună familia la aceleaşi probleme. „Am trecut eu însămi prin câteva episoade cumplite“, zice. „Pe la treizeci de ani, aveam un program de muncă mult prea dur, îmi asumam prea multe sarcini, le terminam şi apoi zăceam în pat o săptămână, cu totul incapabilă să mai fac ceva. La un moment dat, am luat nortriptilină, care n-a avut alt rezultat decât să mă facă să mă îngraş. Apoi, în septembrie 1995, soţul meu a primit un post la Budapesta şi a trebuit să ne mutăm, şi am început să iau prozac, ca să pot face faţă stresului mutării. Acolo, am scăpat cu totul hăţurile din mână. Stresul de a fi nicăieri, fără nici un prieten – iar, când am ajuns acolo, soţul meu trebuia să muncească cincisprezece ore pe zi, pentru că tocmai demarase o afacere. Când s-a terminat, după patru luni, eram de-a dreptul înnebunită. M-am întors în SUA ca să mă duc la doctor şi am început să iau un cocktail zdravăn: klonopin, litiu, prozac. Nu puteam să visez sau să fiu creativă, şi trebuia să car peste tot cu mine o cutie imensă cu medicamente, cu pilulele marcate pentru dimineaţă, prânz, după-amiază şi seară, pentru că nu-mi puteam aminti ce se întâmplă. În cele din urmă, m-am adaptat cât de cât, mi-am găsit câţiva prieteni buni şi un serviciu bun, aşa că am redus medicamentele până ce nu mai luam decât două pilule seara. Apoi, am rămas gravidă, am renunţat la toate medicamentele şi m-am simţit grozav de bine.

Ne-am întors acasă, şi apoi, după ce am născut, toţi hormonii ăia minunaţi au dispărut şi, având bebeluşul – timp de un an n-am avut nici o noapte de somn ca lumea –, am început s-o iau iarăşi în jos. Eram hotărâtă să nu-mi fac fetiţa să treacă prin toate astea. Iau depakote, care găsesc că mă ameţeşte mai puţin şi care se pare că este un medicament fără riscuri când alăptezi. O să fac tot ce trebuie ca să-i ofer fetiţei mele un mediu stabil, să nu dispar din viaţa ei, să n-o părăsesc tot timpul.“

După a doua cădere psihică, am avut doi ani buni. Eram mulţumit şi copleşit de bucurie că mă simţeam mulţumit. Apoi, în septembrie 1999, am avut o experienţă cumplită în dragoste: de a fi părăsit de cineva despre care credeam că va fi cu mine veşnic, şi am devenit trist – nu deprimat, doar trist. La o lună după aceea, am alunecat pe scări acasă la mine şi mi-am dislocat rău umărul, cu smulgerea unei părţi mari de ţesut muscular. M-am dus la spital. Am încercat să le explic celor din ambulanţă şi apoi celor de la urgenţă că doresc să preîntâmpin o recidivă a depresiei. Le-am spus de pietrele de la rinichi şi că au declanşat un episod precedent. Am făgăduit să completez toate formularele din registru şi să răspund la întrebările despre orice subiect, de la istoria colonială a Zanzibarului încoace, doar să-mi aline suferinţa fizică, despre care ştiam că e mult prea puternică pentru liniştea minţii mele. Le-am explicat că am o întreagă istorie de căderi psihice grave şi i-am rugat să se uite în dosarul meu. A durat peste o oră până să capăt vreun analgezic; iar atunci am primit o doză intravenoasă de morfină, prea mică pentru durerea mea. Un umăr dislocat e o chestiune simplă, dar al meu n-a fost pus la loc decât după opt ore de la sosirea în spital. În cele din urmă, la patru ore şi treizeci de minute de la sosire, am avut parte, cu dilaudid, de o alinare semnificativă a durerii – aşa încât ultimele trei ore şi jumătate n-au fost chiar aşa de rele ca înainte.

Încercând să rămân calm la începutul acestui episod, am cerut o consultaţie psihiatrică. Doctoriţa care era de gardă mi-a spus: „Un umăr dislocat e dureros, şi o să fie dureros până ce-l punem la loc, şi n-ai decât să ai răbdare şi să isprăveşti cu toate astea.“ A mai zis: „N-ai nici un strop de autocontrol, te înfurii, intri în hiperventilaţie, şi n-o să fac nimic pentru tine până ce nu te potoleşti.“ Mi s-a spus că „nu ştim totul despre tine“, că „nu dăm oricui analgezice puternice“ şi că ar trebui „să încerci să respiri adânc şi să-ţi închipui că eşti pe o plajă, cu zgomotul apei în urechi şi senzaţia nisipului între degetele de la picioare“. Unul dintre doctori mi-a spus: „Vino-ţi în fire şi nu-ţi mai fie aşa de milă de tine. Sunt oameni aici, la urgenţe, care trec prin

lucruri mai rele ca tine.“ Şi, când am zis că ştiam că trebuie să rabd durerea, dar voiam să se înmoaie un pic înainte să înceapă procedurile, că nici măcar nu-mi păsa prea mult de durere, ci de complicaţiile psihiatrice, mi s-a spus că sunt „pueril“ şi „necooperativ“. Când am spus că am un istoric de boală mintală, mi s-a spus că, în acest caz, n-ar trebui să mă aştept să ia cineva în serios părerea mea despre aceste lucruri. „Sunt un profesionist cu experienţă şi sunt aici ca să te ajut“, a zis doctoriţa. Când am spus că sunt un pacient cu experienţă şi ştiu că ceea ce face ea e, de fapt, vătămător pentru mine, mi-a spus că n-am urmat facultatea de medicină şi trebuie să fac ceea ce consideră ea că e potrivit.

Am repetat solicitarea de consultaţie psihiatrică, dar nu mi s-a oferit. Dosarele psihiatrice nu sunt disponibile la urgenţă, aşa că nu exista nici o posibilitate de a mi se verifica plângerile, cu toate că spitalul în care mă aflam este unul dintre cele cu care sunt asociaţi toţi medicii mei generalişti şi psihiatra. Cred că politica de la urgenţă – în care a spune „am avut depresie psihotică gravă, exacerbată de durerea extremă“ este ca şi cum ai spune „trebuie să am cu mine un ursuleţ pufos înainte să-mi faceţi suturi“ – este inacceptabilă. Manualul standard[78] despre practica în camera de urgenţe din SUA nu se ocupă de aspectele psihotice ale bolilor somatice. Nimeni de la urgenţă nu era pregătit nici pe departe să se ocupe de complicaţii psihiatrice. Băteam la o uşă închisă.

Durerea se acumulează. Cinci ore de durere sunt de cel puţin şase ori mai dureroase decât o oră de durere. Am observat că trauma fizică se numără printre principalele declanşatoare ale traumei psihice, că vindecarea uneia în aşa fel încât s-o produci pe cealaltă este un act de inepţie medicală. Fireşte, cu cât suferinţa era mai îndelungată, cu atât mă storcea mai mult de puteri; cu atât creştea supraexcitarea nervilor mei; cu atât situaţia devenea mai gravă. Sângele de sub piele se adunase, până ce umărul meu a părut să fie împrumutat de la un leopard. Eram năuc când a venit dilaudidul. Erau, într-adevăr, la urgenţă persoane cu vătămări acute mai grave decât a mea; de ce ar fi trebuit vreunul dintre noi să îndure fără rost durerea?

Vreme de trei zile de la calvarul de la urgenţă, am avut porniri sinucigaşe acute cum nu mai avusesem de la primul meu episod grav; iar dacă n-aş fi fost supravegheat de rude şi prieteni douăzeci şi patru de ore din douăzeci şi patru, aş fi atins niveluri de suferinţă fizică şi psihică dincolo de suportabilitate şi aş fi căutat neîntârziată uşurare în felul cel mai necumpătat. Erau, iarăşi, copacul şi viţa. Dacă vezi că iese din pământ un lăstar şi

recunoşti în el lăstarul unei viţe sufocante, îl poţi smulge din pământ cu degetul mare şi arătătorul şi totul va fi bine. Dacă aştepţi până ce viţa s-a prins zdravăn de copac, trebuie să ai ferăstraie şi, poate, un topor şi un hârleţ ca să scapi de chestia aia şi să-i scoţi rădăcinile. E improbabil să scapi de viţă fără să rupi câteva dintre crengile copacului. De obicei, sunt în stare să-mi controlez tendinţa de suicid, dar, aşa cum le-am spus celor de la spital după ce s-a încheiat episodul, refuzul de a trata plângerile de domeniul psihiatric ale pacienţilor poate să facă dintr-o chestiune relativ fără importanţă, cum este un umăr dislocat, o maladie fatală. Când cineva spune că suferă, cei de la urgenţă trebuie să reacţioneze în mod corespunzător. Au loc în ţara asta sinucideri din pricina conservatorismului unor medici asemenea celor de care am dat în acel cabinet de urgenţe, care tratează intoleranţa la durerea extremă (fizică şi psihologică) ca pe o slăbiciune de caracter.

În săptămâna următoare, m-am năruit iar. Avusesem, în episoadele precedente, problema lacrimilor, dar niciodată aşa ca acum. Plângeam tot timpul, ca o stalactită. Era incredibil de obositor să sintetizez toate lacrimile alea, atât de multe, încât faţa mi se umpluse de crăpături. Părea că e nevoie de cel mai mare efort pentru a face lucruri simple. Îmi amintesc că am izbucnit în plâns pentru că una dintre tastele computerului s-a blocat o secundă. Totul mi se părea chinuitor de greu, şi aşa, bunăoară, ideea de ridica receptorul telefonului îmi părea ca ridicarea unei haltere de două sute de kilograme. Realitatea faptului că trebuia să-mi pun nu doar una, ci *două* şosete, şi apoi *doi* pantofi mă copleşea, şi voiam să mă întorc în pat. Cu toate că nu simţeam neliniştea acută care caracterizase episoadele precedente, a început să se arate şi paranoia. Am început să mă tem ori de câte ori câinele meu ieşea din încăpere, că o face pentru că nu-i par interesant.

Exista o oroare suplimentară în căderea asta psihică. Cele două precedente se petrecuseră când nu luam medicamente. După a doua, am acceptat ideea că va trebui să iau permanent medicamente dacă vreau să evit alte episoade. Cu un preţ psihic considerabil, îmi luasem zilnic pastilele timp de patru ani. Acum mă pomeneam cu totul la pământ, în ciuda faptului că luam effexor, buSpar şi wellbutrin. Ce putea să însemne asta? În vreme ce lucram la această carte, am întâlnit oameni care avuseseră unul sau două episoade, apoi au început să ia medicamente şi se simţeau bine. Am întâlnit şi oameni care au rezistat un an cu ajutorul unui medicament, au avut o cădere, au rezistat câteva luni cu ajutorul altui medicament – oameni care n-au reuşit niciodată să-şi plaseze depresia în siguranţa timpului trecut. Crezusem că fac parte din

prima categorie. Acum părea, dintr-odată, că mă aflu în a doua. Am văzut acele vieţi în care sănătatea mintală nu era niciodată decât ocazională. Era posibil să fi depăşit capacitatea de a fi ajutat de effexor – se întâmplă să nu mai reacţionezi la aceste medicamente. Dacă era aşa, era cumplită lumea în care intram. Îmi închipuiam că petrec un an cu un medicament, un an cu altul, până ce isprăveam toate opţiunile posibile.

Am acum proceduri stabilite pentru căderea psihică. Ştiu ce doctori să sun şi ce să spun. Ştiu când e vremea să pun deoparte lamele de ras şi să continuu să scot câinele la plimbare. Mi-am sunat apropiaţii şi am spus deschis că sunt deprimat. Doi prieteni dragi, de curând căsătoriţi, s-au mutat la mine şi au stat două luni, ajutându-mă să trec de părţile dificile ale zilelor, vorbind până-mi treceau neliniştile şi spaimele, spunându-mi poveşti, având grijă să mănânc, îndulcind singurătatea – mi-au devenit suflete-pereche pe toată viaţa. Fratele meu a venit cu avionul din California şi mi-a făcut surpriza să-l găsesc în prag tocmai cînd eram în cea mai proastă stare. Tata s-a pus pe dată la dispoziţia mea. Iată ce ştiu că m-a salvat: să acţionezi rapid; să ai un medic bun, pregătit să-i dai de ştire; să-ţi cunoşti cu adevărat bine tiparele; să mănânci şi să dormi după un program riguros, oricât de respingătoare ar fi sarcina asta; să alungi pe dată stresul; să faci exerciţii fizice; să mobilizezi iubire.

Mi-am sunat agentul de îndată ce am putut şi i-am spus că mi-e rău şi o să încetez o vreme lucrul la această carte. Am spus că nu ştiu care va fi cursul dezastrului meu. „Închipuie-ţi că ieri a dat peste mine o maşină“, am zis, „şi că sunt la spital, cu ghips şi greutăţi, aşteptând rezultatele radiografiilor. Cine ştie dacă voi mai putea lucra vreodată la tastatură!“ Am luat xanax chiar şi când mă făcea să mă simt absent şi ameţit, pentru că ştiam că, dacă dau frâu liber agitaţiei din plămâni şi stomac, o să se agraveze şi o să am probleme. Nu mi-am pierdut minţile, le-am explicat rudelor şi prietenilor, dar cu siguranţă mi le-am aşezat aiurea. Mă simţeam ca Dresda în timpul războiului, ca un oraş care e distrus şi nu se poate adăposti de bombe, care pur şi simplu se năruieşte, cu doar câteva rămăşiţe de aur sclipind în mijlocul molozului.

Plângând penibil chiar şi în liftul de la spitalul în care îşi avea cabinetul psihofarmacologul meu, m-am dus să întreb dacă se poate face ceva. Spre surprinderea mea, psihofarmacologul nu vedea nici pe departe lucrurile în termenii dezastruoşi în care le vedeam eu. A zis că n-o să întrerupă administrarea de effexor – „la tine, a dat multă vreme rezultate şi nu-i nici un motiv să nu-l mai iei“. Mi-a dat zyprexa, un antipsihotic care are şi efecte

calmante. A mărit doza de effexor, pentru că – a zis – nu trebuie niciodată să renunţi la produsul care ajută, în afară de cazul în care eşti silit s-o faci. Effexorul dăduse rezultate înainte, şi – cu un sprijin – poate că ar face-o din nou? A scăzut doza de wellbutrin, pentru că wellbutrinul stimulează, şi în cazul agitaţiei intense trebuia să fiu mai puţin stimulat. Am lăsat în pace buSparul. Psihofarmacologul mai punea câte ceva, mai scotea câte ceva, îmi studia reacţiile şi autodescrierile şi construia o versiune oarecum „adevărată“ despre mine, poate că exact asemenea celei vechi, poate că un pic diferită. Aveam de-acum multă experienţă şi citeam cu grijă prospectele produselor pe care le luam (deşi nu citeam niciodată partea cu efectele secundare decât după ce luam produsul o vreme; cunoaşterea efectelor secundare e mai mult sau mai puţin garanţia că vei avea efecte secundare). Totul era însă doar o vagă ştiinţă a mirosurilor, aromelor şi amestecurilor. Terapeutul meu m-a ajutat să supravieţuiesc experimentelor: era un campion al continuităţii şi m-a liniştit, făcându-mă să cred că viitorul avea să fie cel puţin egal cu trecutul.

În seara de după prima doză de zyprexa, trebuia să ţin o prelegere despre Virginia Woolf. O iubesc pe Virginia Woolf. Să ţin o prelegere despre Virginia Woolf şi să citesc cu glas tare pasaje din scrierile ei era pentru mine ca şi cum aş fi ţinut o prelegere despre ciocolată şi aş fi mâncat pe tot parcursul ciocolată. Ţineam prelegerea în casa unor prieteni, în faţa unui grup amical, alcătuit din vreo cincizeci dintre colegii lor. Era un soi de acţiune de caritate pentru o cauză în care credeam. În condiţii obişnuite, ar fi fost tare distractiv şi fără mare efort şi aş fi putut să mă scald în lumina reflectoarelor – lucru care-mi place destul de mult când sunt binedispus. Ar fi fost de aşteptat ca prelegerea să-mi agraveze problemele, dar, de fapt, eram grozav de speriat, aşa că puţin îmi păsa de prelegere: era enervant să stau treaz, şi nimic n-ar fi putut să înrăutăţească lucrurile cu adevărat. Aşa că am ajuns acolo şi am făcut un pic de conversaţie politicoasă cât s-au băut cocktailurile, apoi m-am ridicat în picioare, cu notiţele în mână, şi m-am simţit calm, straniu de calm, de parcă nu făceam decât să zic şi eu câte ceva la cină, şi, într-un soi de ciudată ieşire din propriul trup, m-am uitat la mine cum ţin, din memorie şi de pe textul scris, o prelegere acceptabil de coerentă despre Virginia Woolf.

După prelegere, împreună cu un grup de prieteni şi cu cei care organizaseră evenimentul, ne-am dus să cinăm la un restaurant din apropiere. Erau de faţă oameni destul de diferiţi ca să fie nevoie de efortul de a păstra aparenţa politeţii perfecte, care, în condiţii obişnuite, ar fi fost o plăcere. Acum însă,

părea că aerul din jur se încheagă, aşa cum se încheagă lipiciul, căpătând o consistenţă ciudată, aşa încât vocile celorlalţi păreau că străpung aerul solid, iar zgomotul străpungerii îngreuna perceperea spuselor lor. Trebuia să înving aerul ca să-mi ridic furculiţa. Am comandat somon şi am început să-mi dau seama că situaţia mea ciudată e vizibilă. Eram un pic ruşinat, dar nu ştiam ce să fac. Aceste situaţii sunt jenante, oricât de mulţi dintre cei pe care-i cunoşti au luat prozac, oricât de puţin se presupune că ar fi deranjată lumea de depresie. Toţi cei de la masă ştiau că scriu o carte cu acest subiect, iar cei mai mulţi dintre ei îmi citiseră articolele. N-a fost de nici un folos. Am tot mormăit şi m-am tot scuzat cât a durat masa – ca un diplomat în timpul Războiului Rece. „Regret că par oleacă neatent, dar ştiţi... tocmai am avut iar un meci cu depresia“, aş fi putut zice, dar atunci toţi s-ar fi simţit obligaţi să pună întrebări despre simptomele specifice şi despre cauze şi să încerce să mă îmbărbăteze, iar acele îmbărbătări ar fi agravat, de fapt, depresia. Sau: „Mă tem că nu pot urmări ce spui, pentru că iau în fiecare zi cinci miligrame de xanax, cu toate că, fireşte, nu sunt dependent, şi tocmai am început să iau un nou antipsihotic, care cred că are proprietăţi sedative puternice. Îţi place salata aceea?“ Pe de altă parte, simţeam că, dacă nu zic nimic, ceilalţi o să observe cât de ciudat mă port.

Şi apoi, am simţit că aerul devine atât de rigid şi de sfărâmicios, încât cuvintele veneau în chip de zgomote sacadate pe care nu le puteam înşirui cum trebuie. Poate că aţi asistat vreodată la o prelegere şi v-aţi dat seama că, pentru a urmări punctele principale, trebuie să vă concentraţi atenţia; însă mintea o ia un pic razna, şi apoi, când vă întoarceţi în prezent, nu puteţi pricepe ce se spune. Lipseşte logica. Aşa era şi cu mine, dar vorbind de fiecare propoziţie în parte. Simţeam cum mă părăseşte logica. Cineva spusese ceva despre China, dar nu prea ştiam ce. Mi s-a părut că altcineva pomenise de fildeş, dar nu ştiam dacă era aceeaşi persoană care vorbise despre China, cu toate că-mi aminteam de obiectele de fildeş pe care le-au făcut chinezii. Cineva mă întreba ceva despre un peşte: poate că peştele meu? Dacă am comandat peşte? Dacă-mi place să pescuiesc? Era ceva despre peştii chinezeşti? Am auzit pe cineva repetând o întrebare (am recunoscut tiparul frazei de puţin mai devreme), şi apoi am simţit că mi se închid ochii şi mi-am zis uşurel că nu-i politicos să adormi când îţi pune cineva pentru a doua oară o întrebare. Trebuie să mă trezesc. Aşa că mi-am ridicat capul din piept şi am zâmbit în genul „n-am înţeles prea bine“. Am văzut feţe uluite privind la mine. „Eşti bine?“ a întrebat cineva, şi am zis: „S-ar putea să nu fiu“, şi nişte

prieteni care erau acolo m-au prins de braţe şi m-au dus afară.

„Ce rău îmi pare“, ziceam mereu, vag conştient că lăsasem toată lumea de la masă convinsă că probabil eram drogat şi dorindu-mi să fi spus, pur şi simplu, că sunt deprimat, îndopat cu medicamente şi nesigur că o să fac faţă acelei seri. „Ce rău îmi pare“, şi toţi o ţineau una şi bună, că n-are de ce să-mi pară rău. Iar prietenii care mă salvaseră m-au dus acasă şi m-au urcat în pat. Mi-am scos lentilele de contact şi apoi am încercat să stau un pic la taclale, ca să mă liniştesc. „Ei, şi ce mai faceţi?“ am zis, dar, când prietenul a încercat să-mi răspundă, a început să dispară, ca motanul Cheshire,[79] şi apoi mi-am pierdut cunoştinţa şi am dormit, vreme de şaptesprezece ceasuri, un somn greu şi am visat un mare război. Dumnezeule, uitasem *intensitatea* depresiei! Cât de adânc, cât de departe taie! Suntem determinaţi de seturi de norme care sunt dincolo de noi. Normele după care am fost crescut şi pe care le-am stabilit pentru mine sunt destul de înalte pentru standardele lumii; dacă nu mă simt în stare să scriu cărţi, simt că ceva nu-i în ordine cu mine. Normele unora sunt mult mai scăzute; ale altora sunt mult mai înalte. Dacă George W. Bush se trezeşte într-o zi simţind că nu poate fi conducătorul lumii libere, ceva nu-i în ordine cu el. Dar unii oameni simt că sunt bine atâta vreme cât se pot hrăni şi trăiesc mai departe. Să te prăbuşeşti la o cină este mult în afara zonei pe care o socotesc în ordine.

M-am trezit, simţindu-mă ceva mai puţin rău decât în ziua precedentă, cu toate că eram supărat că-mi pierdusem controlul. Ideea de a ieşi din casă continua să pară şocant de grea, dar ştiam că mă pot duce la parter (cu toate că nu eram sigur că-mi doresc aşa ceva). Am putut să trimit nişte e-mailuri. Am vorbit încâlcit la telefon cu psihofarmacologul meu, care a propus să reduc la jumătate zyprexa şi să reduc consumul de xanax. Sincer, nu mi-a venit să cred când, în acea după-amiază, simptomele au început să dispară. Până seara, eram aproape bine – ca un rac pagur,[80] care a crescut prea mare pentru cochilie şi iese din ea, se târăşte, vulnerabil, pe plajă şi apoi găseşte altă cochilie. Cu toate că mai aveam ceva drum de străbătut, mă bucuram să ştiu că-mi revin.

Aşa că asta a fost a treia cădere psihică. A fost o revelaţie. Dacă prima şi a doua au fost acute pe perioade de circa şase săptămâni şi au durat, cu totul, cam opt luni fiecare, cea de-a treia, pe care o numesc „minicăderea“ psihică, a fost acută timp de şase zile şi a durat, cu totul, cam două luni. Am fost norocos să reacţionez atât de bine la zyprexa, dar am constatat că şi cercetarea pe care o făcusem pentru această carte, indiferent dacă avea să fie

sau nu valoroasă pentru altcineva, îmi fusese extrem de utilă. Am fost trist, dintr-o serie de motive, timp de câteva luni: am fost într-un stres considerabil, făcând faţă lucrurilor, dar nu cu uşurinţă. Întrucât am învăţat atât de multe despre depresie, am recunoscut de îndată punctul critic. Am găsit un psihofarmacolog capabil să alcătuiască cu iscusinţă un cocktail de medicamente. Cred că, dacă aş fi luat medicamente înainte ca prima cădere psihică să mă târască până în adâncul genunii, aş fi fost în stare să aduc la ordine depresia înainte de a scăpa de sub control, şi poate chiar aş fi evitat căderile psihice reale. Dacă n-aş fi renunţat la medicamentele care m-au ajutat să ies cu bine din acea cădere psihică, poate că n-aş mai fi avut-o pe a doua. Pe când mă îndreptam spre a treia, eram hotărât să nu mai fac nicicând vreo altă greşeală stupidă.

Restabilirea după o boală mintală necesită întreţinere; cu toţii avem parte periodic de o traumă fizică sau psihologică şi sunt multe riscuri ca, dintre noi, cei cu vulnerabilitate accentuată să aibă momente de recidivă în faţa problemelor. O viaţă de relativă libertate se poate desfăşura cel mai bine dacă atenţia, însoţită de prudenţă şi pricepere, care se acordă medicaţiei este echilibrată de discuţii constante, care să sporească sagacitatea. Cele mai multe dintre persoanele cu depresie gravă au nevoie de o combinaţie de medicamente, uneori în doze netradiţionale. De asemenea, au nevoie să-şi înţeleagă eul instabil, la care îi poate ajuta un profesionist. Printre cei ale căror poveşti mi s-au părut dureros de tragice sunt cei mulţi care au avut depresie, au căutat sprijin şi li s-a azvârlit un produs pe care l-au luat, adesea într-o doză greşită, care a ajutat pe jumătate în cazul unor simptome care ar fi putut să fie lecuite. Poate că tragedia cea mai mare este a celor care ştiu că primesc un tratament neadecvat, dar organizaţiile de întreţinere a sănătăţii (*health maintenance organizations* – HMO) şi companiile de asigurări fac cu neputinţă pentru ei altceva mai bun.

Există o veche istorioară care se obişnuia să fie spusă în familia mea, despre o familie săracă, un înţelept şi o capră. Familia cea săracă trăia în necazuri şi mizerie, nouă suflete claie peste grămadă în aceeaşi odaie, nimeni nu mânca pe săturate, erau îmbrăcaţi în zdrenţe şi-şi duceau viaţa într-o sărăcie lucie. În cele din urmă, într-o bună zi, capul familiei s-a dus la înţelept şi i-a zis: „Mare înţelept, suntem atât de săraci, că abia ne mai ducem zilele. Hărmălaia e cumplită, iar murdăria ne sufocă, şi e ucigător că nimeni n-are un ungher al său, şi niciodată nu ne ajunge mâncarea, şi începem să ne urâm unul pe altul, şi e de-a dreptul îngrozitor. Ce să facem?“ La care înţeleptul a

răspuns simplu: „Trebuie să faceţi rost de o capră şi să trăiţi cu capra în casă timp de o lună. După aceea, problemele tale o să se rezolve.“ Omul s-a uitat uimit la înţelept: „O capră? Să stăm cu o capră în casă?“ Dar înţeleptul a ţinut-o pe-a lui, şi, de vreme ce era un om cu foarte multă minte, omul a făcut cum i-a spus acesta. În luna care a urmat, viaţa din casa omului a fost de-a dreptul insuportabilă. Gălăgia era şi mai mare; murdăria era şi mai multă; nici nu mai putea fi vorba de vreun ungher în care să se retragă cineva; nu era nimic de mâncare, deoarece capra mânca totul; nici haine nu mai erau, căci capra mâncase şi hainele tuturor. Animozitatea din casă devenise explozivă. Când a trecut luna, omul s-a dus la înţelept cu-o falcă-n cer şi una-n pământ: „Am trăit o lună cu o capră în colibă“, a zis. „A fost de groază. Cum ai putut să ne dai un sfat atât de vrednic de batjocură?“ Înţeleptul a dat din cap cu tâlc şi a zis: „Acum, dă afară capra şi o să vezi ce paşnică şi minunată o să vă fie viaţa.“

Aşa e şi cu depresia. Dacă eşti în stare să scapi de depresie, poţi trăi într-o pace minunată cu problemele din viaţa reală cu care poate că trebuie să te confrunţi şi care, comparativ, par totdeauna minime. I-am telefonat unuia dintre oamenii pe care-i intervievam pentru această carte, şi am început politicos conversaţia, întrebând cum se simte. „Păi“, a zis el, „mă doare spatele; mi-am scrântit o gleznă; copiii sunt furioşi pe mine; plouă cu găleata; mi-a murit pisica; şi sunt în pragul falimentului. Pe de altă parte, în prezent sunt asimptomatic pe plan psihologic, aşa că aş zice că, una peste alta, lucrurile stau excelent.“ Cea de-a treia cădere psihică a fost pentru mine o adevărată capră; a venit în momentul în care eram nemulţumit de o serie de lucruri din viaţa mea, despre care ştiam, la nivel raţional, că sunt, în ultimă instanţă, reparabile. Când am ieşit din ea, am simţit că am chef să dau o petrecere ca să sărbătoresc bucuria din viaţa mea încâlcită. Şi m-am simţit surprinzător de pregătit, de fapt ciudat de fericit, să mă întorc la cartea aceasta, pe care o dădusem deoparte în cele două luni dinainte. Acestea fiind spuse, fusese o cădere psihică şi s-a petrecut când luam medicamente, iar de atunci încoace nu m-am mai simţit niciodată în deplină siguranţă. În ultimele etape ale scrierii acestei cărţi, am avut crize de teamă şi singurătate. Nu erau din zona căderii psihice, dar uneori scriam o pagină şi apoi trebuia să mă culc o jumătate de ceas ca să-mi revin după propriile cuvinte. Uneori, îmi dădeau lacrimile; alteori, deveneam neliniştit şi stăteam o zi sau două în pat. Cred că aceste trăiri reflectau cu exactitate dificultatea acestei scrieri şi o anumită nesiguranţă paralizantă în privinţa propriei vieţi, dar nu mă simt liber; nu sunt

liber.

M-am descurcat destul de bine cu efectele secundare. Psihofarmacologul meu este expert în gestionarea acestor efecte. Medicamentele au avut efecte secundare pe plan sexual – libidoul uşor scăzut şi problema generală a orgasmului mult întârziat. Acum câţiva ani, am început să iau şi wellbutrin; a părut să-mi pună iar în funcţiune libidoul, cu toate că lucrurile n-au mai fost niciodată la înălţimea vechilor standarde. Psihofarmacologul mi-a dat şi viagra, în cazul în care apare acel efect secundar, şi de atunci încoace a adăugat dexamfetamină, care se presupune că întăreşte impulsul sexual. Cred că o face, dar mă şi agită. Corpul meu pare să treacă prin schimbări ce-mi depăşesc capacitatea de observaţie, şi ceea ce funcţionează minunat într-o noapte poate da rateuri în noaptea următoare. Zyprexa sedează şi, de cele mai multe ori, dorm prea mult, cam zece ore pe noapte, dar, pentru nopţile în care sunt asaltat de senzaţii şi nu pot închide ochii, am la îndemână xanaxul.

Împărtăşirea poveştilor despre căderile psihice creează o intimitate ciudată. Am comunicat cu Laura Anderson aproape zilnic, peste trei ani, iar, când am avut a treia cădere psihică, a fost extrem de atentă cu mine. A apărut din senin în viaţa mea şi s-a înfiripat între noi o prietenie de o stranie şi bruscă apropiere: în câteva luni de la prima ei scrisoare, mi se părea că o ştiu dintotdeauna şi, cu toate că legătura dintre noi – mai ales prin e-mail, dar uneori prin scrisori sau ilustrate, foarte rar prin telefon şi o dată faţă în faţă – a rămas separată de ansamblul vieţii mele, eram atât de obişnuit cu ea, încât a devenit, foarte curând, dependenţă. A luat forma unei poveşti de iubire, trecând prin descoperire, extaz, oboseală, renaştere, obişnuinţă şi profunzime. Uneori, Laura era „prea mult“ şi „prea curând“, iar la începutul legăturii noastre mă revoltam uneori împotriva ei sau încercam să limitez contactul nostru – dar curând am ajuns să mă simt, în rarele zile în care nu aveam veşti de la Laura, ca şi cum aş fi ratat o masă sau o noapte de somn. Cu toate că Laura Anderson suferă de tulburare bipolară, episoadele ei de manie sunt mult mai puţin intense decât cele depresive şi sunt mai uşor de controlat – o situaţie numită, din ce în ce mai des, „bipolaritate de tip doi“. Este una dintre numeroasele persoane în care, indiferent cât de bine sunt reglate medicaţiile, tratamentele şi comportamentele, depresia stă veşnic la pândă – în unele zile e scutită de ea, iar în alte zile nu, şi nu poate face nimic ca s-o ţină la distanţă.

Mi-a trimis prima scrisoare în ianuarie 1998. Era o scrisoare plină de speranţă. Citise în revistă articolul meu despre depresie şi avea impresia că ne cunoaştem. Mi-a dat numărul de telefon de acasă şi mi-a spus s-o sun

oricând, la orice oră, ori de câte ori am chef, şi a adăugat o listă cu albumele care au ajutat-o să treacă peste momentele grele şi una dintre cărţile care credea că o să-mi placă, fiind pe lungimea mea de undă. Era în Austin, Texas, deoarece acolo trăia prietenul ei, dar se simţea cam izolată şi plictisită. Fusese prea deprimată ca să lucreze, cu toate că o interesa să lucreze pentru guvern şi spera să găsească un post la sediul autorităţilor din Texas. Mi-a spus că a luat prozac, paxil, zoloft, wellbutrin, klonopin, buSpar, valiu, librium, ativan şi, „fireşte, xanax“, iar acum lua câteva dintre ele, precum şi depakote şi ambien. Avea probleme cu psihiatrul care o avea în observaţie, „aşa că – ia ghiceşte! – trecem la doctorul numărul patruzeci şi nouă“. Era în scrisoarea ei ceva care m-a atras şi i-am răspuns cât de cald am putut.

A doua oară am primit veşti de la ea în februarie. „Depakote nu se arată la înălţime“, scria. „Sunt frustrată de pierderea memoriei, de tremurul mâinilor, de bâlbâială şi de faptul că uit bricheta – când a fost, oricum, nevoie de patruzeci de minute ca să adun la un loc ţigările şi scrumiera. Sunt frustrată, pentru că aceste boli mi se par evident *multi*polare în multe situaţii – asta mă face să-mi doresc ca Lévi-Strauss să nu ne fi atras niciodată atenţia asupra opoziţiei binare. *Bicicletă* este cam tot ce pot obţine cu prefixul ăsta. Sunt convinsă că există patruzeci de nuanţe diferite de negru, dar nu-mi place să privesc asta pe o scală liniară – o văd mai degrabă ca pe un cerc şi un ciclu în care roata se învârteşte prea repede, iar dorinţa de moarte poate intra prin orice spiţă. M-am gândit să mă internez săptămâna asta, dar am fost acolo destul de mult ca să ştiu că n-o să mă lase cu un aparat de radio stereo, fie şi cu căşti, ori cu foarfece ca să fac felicitări de Sfântul Valentin, şi că o să-mi fie dor de câinii mei, şi o să-mi lipsească nespus, şi o să fiu îngrozită fără Peter, prietenul meu, care mă iubeşte, cu tot vomitatul, şi furia, şi neastâmpărul, şi faptul că nu facem dragoste, şi că ar trebui să dorm pe hol, lângă biroul asistentelor, ori să fiu încuiată într-o cameră şi supravegheată să nu mă sinucid şi aşa mai departe… ei bine, nu, mulţumesc. Am încredere că medicamentele mă păstrează ecuatorială – între cei doi poli – şi o să-mi fie bine.“

Când a venit primăvara, dispoziţia i s-a îmbunătăţit. În mai, a rămas gravidă şi era încântată să aibă un copil. A aflat însă că depakote a fost asociat cu spina bifidă şi cu o dezvoltare necorespunzătoare a creierului; a încercat să renunţe la medicament; şi-a făcut griji că n-a renunţat destul de devreme; a început să se destabilizeze; şi, curând, mi-a scris: „Iată-mă, după avort, într-o sumbră letargie. Presupun că revenirea la medicamente e raza

mea de speranţă. Încerc să nu mă înfurii sau să n-am resentimente pentru toate astea, dar uneori pare atât de nedrept. Aici, în Austin, e o zi cu vânticel, cu cer larg, albastru, şi mă întreb de ce mă simt atât de golită. Vezi? Orice – chiar şi o reacţie obişnuită la un calvar jalnic – mă face să mă tem că s-ar putea să fiu la un pas de depresie. Dar sunt într-un soi de ceaţă tern-morocănoasă de valiu: mă doare capul şi sunt stresată de atâta plâns.“

Peste zece zile, scria: „M-am stabilizat – poate că mergând un pic mai departe decât mi-ar plăcea, dar nu într-o direcţie îngrijorătoare. Am schimbat doctorii şi medicamentele – de la depakote la tegretol, cu un strop de zyprexa, ca să grăbească efectele tegretolului. Zyprexa mă încetineşte de-a binelea. Efectele secundare fizice în cazul bolilor mintale par un adevărat afront! Cred că, după toate chestiile pe care le-am luat, mă calific acum pentru Depresie Avansată. Şi totuşi – am amnezia asta ciudată –, devine imposibil să-mi amintesc când este o oră aşa cum trebuie, cât de cumplită e depresia – îţi croieşti drum prin minute fără sfârşit. Sunt atât de obosită, sleită să tot încerc să-mi imaginez cum sunt când sunt «bine» – ce anume este normal sau acceptabil pentru mine.“

Peste câteva zile, scria: „Sfiala te împiedică să le oferi celorlalţi acces prea profund la personalitatea ta – ca urmare, cei mai mulţi dintre prietenii pe care mi i-am făcut în ultimii opt sau nouă ani sunt de suprafaţă. Asta mă face să mă simt tot mai însingurată, tot mai stupid. Am sunat-o bunăoară pe o prietenă foarte dragă (şi foarte obositoare) din Virginia, care vrea să ştie de ce nu mă duc s-o văd pe ea şi pe bebeluşul ei. Ce pot spune? Că mi-ar fi plăcut să fac această călătorie, dar îmi concentrez toate forţele pe încercarea de a nu ajunge la spitalul de boli mintale? E atât de umilitor – atât de degradant. Dacă aş şti că n-o să fiu prinsă, mi-ar plăcea să mint în privinţa asta – să inventez un cancer acceptabil, care tot apare şi dispare, pe care oamenii l-ar putea înţelege – care să nu-i facă să se simtă speriaţi şi stingheriţi.“

Laura e obstrucţionată permanent; fiecare parte a vieţii ei se defineşte pe baza bolii. „Cât despre întâlniri: am nevoie ca persoanele cu care ies să fie în stare să-şi poarte singure de grijă, căci pentru a avea grijă de mine e nevoie de multă energie şi nu pot fi răspunzătoare de vreo ofuscare, cât de mică, a cuiva. Nu-i aşa că-i groaznic să gândeşti aşa despre dragoste? Mi-e greu să mă descurc şi profesional – angajările de scurtă durată, golurile dintre ele. Cine are chef să asculte despre nădejdea pe care ţi-o pui în noile medicamente? Cum poţi cere să înţeleagă cineva? Înainte să am boala asta, eu însămi am avut un bun prieten care era depresiv. Ascultam tot ce-mi spunea,

ca şi cum am fi vorbit aceeaşi limbă, însă ceea ce am învăţat de atunci încoace este că depresia vorbeşte – sau te învaţă – o limbă cu totul diferită.“

În lunile care au urmat, părea că se luptă cu ceva ce simţea că stă în culise. Între timp, ne-am apucat să ne cunoaştem unul pe altul. Am aflat că fusese molestată în adolescenţă şi violată când avea douăzeci de ani şi un pic, şi că fiecare dintre aceste experienţe a lăsat urme adânci. S-a căsătorit la douăzeci şi şase de ani şi a avut prima depresie în anul următor. Soţul ei părea incapabil să facă faţă situaţiei, iar ea făcea faţă bând prea mult. În toamnă, a cam luat-o razna şi s-a dus la doctor; acesta i-a spus că nu-i decât tensionată şi i-a prescris valiu. „Nebunia îmi învăluia mintea, dar trupul îmi era cuprins de o groaznică încetineală“, mi-a spus mai târziu. La petrecerea de Crăciun pe care a dat-o împreună cu soţul ei în luna următoare, s-a înfuriat şi a aruncat în el cu pastă de păstrăv. S-a dus apoi la etaj şi a înghiţit restul de valiu. El a dus-o la urgenţă şi le-a spus celor de acolo că nu ştie ce să mai facă cu ea; a fost dusă într-un salon de boli mintale şi a rămas acolo pe perioada sărbătorilor de Crăciun. Când s-a întors acasă, luând medicamente cu pumnul, „căsnicia era terminată. Am scos-o târâş-grăpiş anul următor, iar de Crăciunul ce a urmat ne-am dus la Paris, şi m-am uitat la el peste bucatele aflate pe masă, şi mi-am zis: «Nu-s mai fericită acum decât anul trecut, la spital.»“ L-a părăsit, şi-a găsit destul de repede un nou partener şi s-a mutat la Austin, ca să fie cu el. După aceea, depresia a fost un oaspete destul de frecvent, cel puţin o dată pe an.

În septembrie 1998, Laura mi-a scris ca să-mi povestească despre un scurt acces al acelei „îngrozitoare anxietăţi letargice“. La jumătatea lui octombrie, începea să se piardă, şi o ştia. „Încă nu s-a instalat cu totul depresia, dar încetinesc un pic – vreau să zic că trebuie să mă concentrez, la din ce în ce mai multe niveluri, pe fiecare lucru pe care-l fac. Nu sunt total deprimată în acest moment, dar am intrat într-o criză.“ A început să ia wellbutrin. „Pur şi simplu, urăsc senzaţia asta de distanţare de toate“, se plângea. Curând după aceea, a început să stea zile întregi în pat. Medicamentele îşi pierduseră iarăşi eficienţa. S-a rupt de oamenii din jur şi s-a concentrat pe câinii săi. „Când depresia îmi slăbeşte dorinţele obişnuite – nevoia de râs, de sex, de mâncare –, câinii îmi aduc singurele clipe de suflet.“

La începutul lui noiembrie, a protestat: „Acum, nu mai fac decât baie în cadă, căci apa care mă izbeşte din duş e prea greu de suportat dimineaţa şi pare, zilele astea, un fel prea violent de a începe ziua. Să conduc maşina e un efort prea mare. Ca şi mersul la bancomat, cumpărăturile – orice.“ A închiriat

filmul *Vrăjitorul din Oz* ca să se distreze, dar „părţile triste mă fac să plâng“. Şi-a pierdut pofta de mâncare. „Am încercat azi un pic de ton, dar m-a făcut să vărs, aşa că am mâncat un pic de orez când le-am făcut mâncare câinilor.“ S-a plâns că până şi mersul la doctor îi face rău. „E greu să-i spun sincer cum mă simt, pentru că nu vreau să-l dezamăgesc.“

Ne-am păstrat corespondenţa zilnică; când am întrebat-o pe Laura dacă nu-i este greu să mai scrie, a spus: „Să le acorzi atenţie altora este calea cea mai simplă de a primi atenţie *de la* alţii. Este, de asemenea, cea mai simplă cale de a-ţi păstra simţul proporţiilor în privinţa ta însuţi. Am nevoie să-mi împărtăşesc obsesia faţă de propriul eu. Sunt atât de conştientă de asta în clipa de faţă, încât mă crispez de câte ori ating tasta «I»[81]. (Aoleu! Aoleu!) Toată ziua, până acum, a fost strădania de a mă SILI să fac cele mai mărunte lucruri şi încercarea de a evalua gravitatea situaţiei mele – Sunt cu adevărat deprimată? Sunt doar leneşă? Neliniştea asta vine de la prea multă cafea, sau prea multe antidepresive? Procesul de autoevaluare însuşi mă face să mă podidească plânsul. Ceea ce-i conturbă pe toţi e că nu pot FACE nimic ca să-i ajute pe ceilalţi decât prin prezenţa lor. Mă bazez pe e-mail ca să rămân în toate minţile! Semnele de exclamare sunt mici minciuni.“

Mai târziu, în aceeaşi săptămână: „E zece dimineaţa şi sunt deja copleşită de gândul la ziua de azi. Încerc, încerc. Mă învârt pe aici, gata să-mi dea lacrimile, cântând «Totul e-n regulă, totul e-n regulă» şi respirând adânc. Scopul meu e să rămân în siguranţă între autoanaliză şi suicid. Mă simt acum de parcă-i secătuiesc de vlagă pe ceilalţi, inclusiv pe tine. E tot ce pot să cer câtă vreme nu dau nimic. Cred totuşi că, dacă mă-mbrac cu ceva care-mi place şi-mi prind părul la spate şi iau câinii cu mine, o să mă simt destul de sigură pe mine ca să mă duc la magazin să cumpăr nişte suc de portocale.“

Înainte de Ziua Recunoştinţei, a scris: „M-am uitat azi la poze vechi, şi păreau că sunt instantanee din viaţa altcuiva. Ce şir de schimbări provoacă medicamentele!“ Curând însă, a reuşit cel puţin să se dea jos din pat. „Azi, am avut câteva momente bune“, a scris la sfârşitul lunii. „Mai multe din astea, vă rog, de la oricine care are de dat. Am putut să merg printr-o mulţime şi să nu mă simt stingherită.“ A doua zi, a avut o mică recidivă. „Îmi *era* mai bine şi speram că începe ceva minunat, dar azi simt multă nelinişte, de soiul «căderii pe spate», a «chingii strânse în capul pieptului». Dar mai am un pic de speranţă, şi asta mă ajută.“ A doua zi, lucrurile au stat mai rău. „Starea mea de spirit continuă să fie sumbră: panică dimineaţa şi neputinţă absolută către seară.“ A descris plimbarea în parc cu prietenul ei. „A cumpărat un

catalog în care erau descrise toate plantele. La descrierea unui copac, scria: «TOATE PĂRŢILE, MORTAL TOXICE». M-am gândit că poate aş da de copacul ăla, să mestec o frunză sau două, să mă ghemuiesc sub o piatră şi să dispar. Mi-e dor de Laura, căreia i-ar fi plăcut grozav, azi, să-şi pună costumul de baie, să zacă la soare şi să se uite la cerul albastru, albastru! A fost smulsă din mine de o vrăjitoare rea şi înlocuită cu o fată oribilă! Depresia îmi răpeşte fiecare dintre lucrurile care-mi place cu adevărat, realmente la mine (dintre care nu-s prea multe, de fapt). Sentimentul lipsei de speranţă, al totalei disperări nu-i altceva decât o modalitate mai lentă de a muri. Încerc, între timp, să răzbesc prin aceste mari mase de urâciune. Îmi dau seama de ce li se spune «neplăcute»[82].“

Peste o săpămână, era însă clar că se simte mai bine. Şi apoi, deodată, la un magazin 7-Eleven, şi-a ieşit din fire când cel de la tejghea s-a ocupat de cumpărăturile altcuiva înaintea cumpărăturilor ei. Cu o furie complet necaracteristică ei, a zbierat: „ISUSE CRISTOASE! E un *magazin*, sau o împuţită de tarabă cu hot-dog?“ şi a ieşit fără apa gazoasă. „Nu-i decât un urcuş cu hopuri. M-am săturat până-n gât să vorbesc despre asta, să mă gândesc la asta.“ Când prietenul i-a spus că o iubeşte, a izbucnit în lacrimi. A doua zi, se simţea mai bine, a mâncat de două ori şi şi-a cumpărat o pereche de şosete. S-a dus în parc şi, deodată, i-a venit cheful să se dea în leagăn. „După ce petrecusem toată săptămâna trecută sub ameninţarea senzaţiei de cădere pe spate, era minunat să mă dau în leagăn. Te simţi invers: o senzaţie de uşurime, un fel de şuierat, în mijlocul pieptului, ca atunci când treci de culmea unui deal cu maşina *atât cât trebuie* de repede. E plăcut pur şi simplu să faci ceva atât de simplu; am început să mă simt ceva mai mult eu însămi, şi a revenit senzaţia că sunt uşoară şi că mă simt deşteaptă şi strălucitoare. N-am de gând să sper prea mult pentru mai mult timp, dar acea simplă senzaţie a lipsei grijilor abstracte, a lipsei poverii sau tristeţii inexplicabile era atât de bogată, şi reală, şi bună, încât, de data asta, n-am simţit nevoia să plâng. Ştiu că celelalte sentimente o să se-ntoarcă, dar cred că, în seara asta, am parte, de la Dumnezeu şi de la leagăn, de o amânare, de o aducere aminte să sper şi să fiu răbdătoare, o prevestire a unor lucruri bune care vor veni.“ În decembrie, a avut o reacţie adversă la litiu; pielea i-a devenit insuportabil de uscată. Şi-a redus doza şi a început să ia neurontin. Părea că dă rezultate. „Întoarcerea la centru, *un* centru, cunoscut ca EU, mă face să mă simt bine şi pare adevărată.“

În octombrie următor, ne-am întâlnit, în sfârşit. Stătea la mama ei în

Waterford, Virginia, un vechi orăşel frumos din apropiere de Washington, locul unde a crescut. Ţineam de-acum atât de mult la ea, încât nu-mi venea să cred că nu ne întâlniserăm niciodată. M-am dus cu trenul şi m-a aşteptat la gară, însoţită de prietenul ei Walt, pe care-l vedeam tot pentru prima oară. Era suplă, blondă, frumoasă. Dar timpul petrecut cu familia stârnise prea multe amintiri, şi nu se simţea prea bine. Era cumplit de neliniştită, atât de neliniştită, încât cu greu reuşea să vorbească. Şoptind răguşit, şi-a cerut scuze pentru starea în care era. Era limpede că face un efort enorm la fiecare mişcare. A spus că, în săptămâna aceea, a alunecat tot mai jos. Am întrebat dacă eu îi sporesc crisparea, şi m-a asigurat că nu. Ne-am dus să prânzim la un restaurant, şi a comandat scoici. Părea că nu e-n stare să le mănânce; îi tremurau rău mâinile şi, cât a încercat să desfacă nişte cochilii, s-a stropit toată cu sosul în care fuseseră aduse. Nu putea să şi vorbească şi să se şi ocupe de scoici, aşa că eu şi cu Walt am stat de vorbă. El a descris declinul treptat al Laurei în timpul săptămânii, iar ea scotea mici sunete aprobatoare. Renunţase de-acum la scoici şi-şi concentrase toată atenţia asupra unui pahar de vin alb. Eram de-a dreptul şocat; mă avertizase că lucrurile merg rău, dar nu eram pregătit pentru aerul ei de frivolitate.

L-am lăsat pe Walt undeva şi apoi am condus eu maşina Laurei, pentru că ea tremura mult prea tare. Când ne-am întors acasă, mama ei s-a arătat îngrijorată. Laura şi cu mine am avut o conversaţie care ba era, ba nu era coerentă; ea părea că vorbeşte de undeva, de departe. Şi apoi, pe când ne uitam la nişte fotografii, deodată s-a blocat. Nu mai văzusem niciodată aşa ceva, şi nici nu-mi imaginasem. Îmi spunea cine sunt cei din fotografii şi a început să repete. „Asta-i Geraldine“, a spus, şi apoi s-a tras înapoi şi a zis iar, arătând cu degetul: „Asta-i Geraldine“, şi iar „Asta-i Geraldine“ şi, de fiecare dată, pronunţarea silabelor dura mai mult. Faţa îi era încremenită şi părea că-i e greu să-şi mişte buzele. I-am chemat pe mama şi pe fratele ei, Michael. Michael şi-a pus mâinile pe umerii Laurei şi a zis: „E-n ordine, Laura. E-n ordine.“ În cele din urmă, am izbutit s-o ducem la etaj; încă mai repeta „Asta-i Geraldine“. Mama ei i-a scos îmbrăcămintea pătată cu sos de scoici şi a culcat-o pe pat, s-a aşezat alături şi a început să-i maseze mâna. Întâlnirea nu semăna nici pe departe cu ceea ce-mi închipuisem.

După cum a reieşit, unele dintre medicamentele ei au interacţionat rău, ceea ce i-a provocat respectivul atac; ele fuseseră, de fapt, motivul pentru ciudata rigiditate de după-amiază, pentru pierderea vorbirii, hiperanxietate. La sfârşitul zilei, depăşise deja ce a fost mai rău, dar „toată culoarea secătuise

din sufletul meu, întregul eu din eul pe care-l iubeam; eram doar un trupuşor de păpuşă din ceea ce fusesem.“ Curând, a trecut la un regim nou. De-abia de Crăciun a început să se simtă din nou ea însăşi; şi apoi, în martie 2000, tocmai când lucrurile mergeau spre bine, a avut iar crize. „Sunt atât de speriată“, mi-a scris. „Şi atât de umilită. E de-a dreptul jalnic când vestea cea mai bună pe care o poţi împărtăşi e că nu ai convulsii.“ Peste şase luni, crizele au revenit. „Nu pot continua să-mi tot ridic viaţa de pe jos“, mi-a spus. „Mă tem atât de tare de crize, că mă cuprinde neliniştea – azi, am plecat de acasă la muncă şi am vomat pe mine în vreme ce conduceam maşina. A trebuit să mă întorc acasă să mă schimb, ca să mă pot duce la birou, aşa că am întârziat, şi le-am spus că am avut o criză, dar tot mi-au dat avertisment. Doctorul vrea să iau valiu, dar asta mă face să-mi pierd cunoştinţa. Asta e acum viaţa mea. Asta o să fie viaţa mea mereu, aceste bruşte coborâri îngrozitoare în Iad. Cumplite amintiri. Pot oare răbda să trăiesc aşa?“

Pot oare răbda să trăiesc aşa cum trăiesc? Ei bine, poate răbda oricare dintre noi să trăiască având propriile probleme? În cele din urmă, cei mai mulţi dintre noi pot. Mergem mai departe. Vocile trecutului se întorc, ca voci ale morţilor, să ne ţină isonul la schimbări şi la trecerea anilor. Când sunt trist, îmi amintesc preamult şi preabine: totdeauna mama, şi cum eram eu când şedeam în bucătărie şi vorbeam, de când aveam cinci ani şi până la moartea ei, când aveam douăzeci şi cinci; momentul acela de la Paris, pe la jumătatea anilor ’80, cu prietena mamei, Sandy, care voia să-i ofere pălăria verde de soare Ioanei d’Arc, Sandy care a murit peste doi ani; unchiul meu Don şi mătuşa Betty, din partea bunicilor, şi ciocolata din sertarul lor de sus; verii tatălui meu, Helen şi Alan, mătuşa mea Dorothy, şi toţi ceilalţi care s-au dus. Aud vocile morţilor tot timpul. Noaptea e momentul în care oamenii aceştia şi propriul meu trecut vin să mă viziteze, iar când mă trezesc şi îmi dau seama că nu sunt în aceeaşi lume cu mine, simt acea stranie disperare, cumva dincolo de tristeţea obişnuită şi înrudită strâns, pentru o clipă, cu angoasa depresiei. Şi totuşi, chiar dacă mi-e dor de ei şi de trecutul pe care l-au creat pentru mine şi cu mine, calea către iubirea lor absentă este, o ştiu, să trăiesc, să rămân aici. E oare depresie atunci când mă gândesc că aş prefera să mă duc unde s-au dus ei, şi să încetez strădania nebunească de a rămâne în viaţă? Ori e doar o parte a vieţii să trăieşti mai departe în toate felurile pe care nu le putem suporta?

Existenţa trecutului, realitatea trecerii timpului mi se par incredibil de grele. Mi-e casa plină de cărţi pe care nu le pot citi, şi de înregistrări pe care

nu le pot asculta, şi de fotografii la care nu mă pot uita, pentru că sunt prea strâns legate de trecut. Când întâlnesc prieteni din facultate, încerc să nu vorbesc prea mult despre facultate, deoarece am fost tare fericit atunci – nu neapărat mai fericit decât sunt acum, dar cu o fericire care era aparte şi specifică, prin stările ei, şi care nu se va mai întoarce niciodată. Acele zile de tinerească splendoare muşcă din mine. Mă izbesc tot timpul de ziduri de trecută plăcere, şi pentru mine plăcerea trecută e mult mai greu de prelucrat lăuntric decât durerea trecută. Să te gândeşti la un moment cumplit care a trecut: bine, ştiu că stresul posttraumatic e o suferinţă acută, dar pentru mine traumele trecutului sunt, slavă Domnului, departe. Plăcerile trecutului sunt însă dure. Amintirea vremurilor bune petrecute cu oameni care nu mai sunt în viaţă, sau care nu mai sunt cei care erau: aici îmi aflu cea mai mare durere din prezent. Nu mă faceţi să-mi amintesc, le spun rămăşiţelor plăcerilor trecute. Depresia poate fi la fel de bine consecinţa faptului că ai avut parte de prea multe bucurii, ca şi a faptului că ai avut parte de prea multe orori. Există şi ceva care se poate numi stres postbucurie. Cea mai gravă dintre depresii se găseşte într-un moment prezent care nu poate scăpa de trecutul pe care-l idealizează ori îl deplânge.

Note

35. Povestea perioadei trăite alături de ruşi apare în prima mea carte, The Irony Tower, şi în articolele ulterioare din The New York Times Magazine: Three Days in August, apărut pe 29 septembrie 1991, Artist of the Soviet Wreckage, apărut pe 20 septembrie 1992 şi Young Russia’s Defiant Decadence, apărut pe 18 iulie 1993.

36. Formaţia rock era Middle Russian Elevation.

37. Citatul din Gerhard Richter se găseşte în jurnalul său poetic, publicat sub titlul The Daily Practice of Painting, p. 122.

38. Articolul – Defiantly Deaf – pe care-l terminam când am avut criza de pietre la rinichi a fost publicat în The New York Times Magazine, pe 28 august 1994.

39. Ideea de coincidenţă a funcţiilor hipotalamică şi corticală a fost menţionată în numeroase ocazii şi este explicată în Peter Whybrow, A Mood Apart, pp. 153–165.

40. Procentele se bazează, după părerea mea, pe date ştiinţifice complicate şi încă nesigure şi, prin urmare, prezintă discrepanţe mari. Cu toate acestea, am preluat aceste statistici – ce reflectă consensul general – din eseul lui Eric Frombonne Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms, publicat în Psychosocial Disorders in Young People, Michael Rutter şi David J. Smith (coord.), p. 576.

41. Nu m-am ocupat pe larg de boala maniaco-depresivă; este un subiect care are dreptul la propriile cărţi. Găsiţi o examinare ştiinţifică a aspectelor specifice acestei boli la Fred Goodwin şi Kay Jamison, Manic-Depressive Illness.

42. Observaţiile făcute de Julia Kristeva sunt din Black Sun, p. 53.

43. Poezia lui Emily Dickinson, care se numără printre preferatele mele dintre toate poeziile din lume, se află în The Complete Poems of Emily Dickinson, pp. 128–129 (trad. rom. şi postfaţă de Veronica Porumbacu, în Emily Dickinson, Versuri, Editura pentru Literatură Universală, Bucureşti,

1969, pp. 84–85: „Simţii o-Nmormântare-Creier / Şi-n Doliu Oamenii jeleau / Şi se-agitau – până ce Mintea / Întreagă şi-o pierdeau – / Şi-odată aşezaţi – o Slujbă / Ca Toba se porni – / Bătând – bătând – încât credeam / Că-ndată voi surzi – // Şi-i auzeam cu un Sicriu / Prin Suflet cum îmi trec – / C-un scârţâit de Tălpi de Plumb – / Şi-n Hău – un dangăt – sec – // Văzduhul tot precum un Clopot / Şi-Ureche îl simţii – / Tăcerea – eu – ciudate Specii / Naufragiate – aci – // Apoi – o Scândură în Minte / Se rupse – şi-am căzut – / De Lumi lovindu-mă-n cădere – / Nimic n-am mai ştiut –“ – n.ed.).

44. Citatul din Daphne Merkin a apărut în The New Yorker din 8 ianuarie 2001, p. 37.

45. „Noaptea / Era târzie, zăpuşeală: era / New York, în iulie. / Eram în odaia mea, pitită, / urând nevoia de a înghiţi.“ (Poezia Elizabethei Prince n-a fost publicată.)

46. Citatul din Leonard Woolf se găseşte în cartea sa Beginning Again, pp. 163–164.

47. Lista cu ceea ce se petrece în timpul depresiei este luat din prea multe surse ca să le înşir aici, precum şi din nenumărate interviuri cu medici şi alţi specialişti. Găsiţi descrieri minunate şi frapante la Peter Whybrow, A Mood Apart, pp. 150–167. Numărul din aprilie 1999 al revistei Psychology Today oferă alt rezumat al aspectelor biologice ale depresiei. Rezumatul proceselor neurobiologice ale depresiei făcut de Charles Nemeroff în numărul din iunie 1998 al revistei Scientific American oferă, şi el, o dezbatere mai detaliată, neacademică, a multe dintre problemele complexe ridicate aici.

48. Ideea că creşterea nivelurilor TRH ar putea fi un tratament folositor în cazurile de depresie, cel puţin temporar, este formulată în Fred Goodwin şi Kay Jamison, Manic-Depressive Illness, p. 465.

49. Există, în prezent, multe lucrări care sprijină ideea că depresia se agravează pe parcursul vieţii. Am discutat detaliat această chestiune cu Robert Post de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) şi John Greden de la Universitatea din Michigan.

50. Citatul din Kay Jamison este din Night Falls Fast, p. 198.

51. Ideea despre crizele din creierul animalelor provine, în mare măsură, din lucrările Suzannei Weiss şi ale lui Robert Post. Găsiţi informaţii despre fenomenul „activării“ şi despre folosirea lui ca model pentru tulburările afective în articolul scris împreună de cei doi, Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorders and epilepsy, în Neuropsychology 38, nr. 3 (1998).

52. Informaţia despre lezionarea sistemelor monoaminice din creierul animalelor este preluată din Juan López et al., Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide, în Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997). Despre legătura dintre depresie, sistemul monoaminic şi cortizol, v. Juan López et al., Neural circuits mediating stress, în Biological Psychiatry 46 (1999).

53. Această explicaţie a reacţiilor de stres în depresie se bazează pe lucrările elaborate de Juan López şi Elizabeth Young de la Universitatea din Michigan şi de Ken Kendler de la Medical College of Virginia, Richmond. Explicaţiile despre depresie sunt multe ca stelele de pe cer, dar eu cred că modelul bazat pe stres al oamenilor de ştiinţă de la Michigan e deosebit de convingător.

54. În privinţa studiului care a folosit pe bază experimentală ketoconazolul, v. O.M. Wolkowitz et al., Antiglucocorticoid treatment of depression: double-blind ketoconazole, în Biological Psychiatry 45, nr. 8 (1999).

55. Studiile pe babuini au fost efectuate de Robert Sapolsky şi mi-au fost descrise într-un interviu cu Elizabeth Young. Lucrarea despre controlorii de trafic aerian se găseşte în R.M. Rose et al., Endocrine activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates, în Psychoneuroendocrinology 7 (1982).

56. Faptul că inima e slăbită după un infarct miocardic e de-acum stabilit. Totuşi, gravitatea vătămării suferite de inimă depinde de mărimea zonei de ţesut mort din inimă. În vreme ce datele arată că leziunile izolate nu înseamnă obligatoriu o rată mai mare de risc de recidivă decât la grupurile de control, afecţiunea coronariană difuză o face aproape totdeauna. În orice caz, trebuie să se acorde atenţie stării în care se află inima oricui a suferit un atac de cord, şi acea persoană trebuie să urmeze terapii de prevenire a recidivei. Îi mulţumesc dr. Joseph Hayes de la Cornell pentru sprijinul acordat în această chestiune.

57. Lucrările lui Juan López despre sistemele de stres la cobai se găsesc în Juan López et al.,

Regulation of 5-HT1A Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression, în Biological Psychiatry 43 (1998). Lucrarea despre legătura dintre nivelurile cortizolului şi mărirea glandelor suprarenale constatată după sinucidere este în Juan López et al., Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the neurobiology of suicide, în Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997).

58. Lucrări despre efectele stresului continuu asupra creierului sunt raportate în numeroase articole, o importantă majoritate dintre ele fiind efectuate de Robert Sapolsky. Pentru informaţii despre reacţia creierului la stres, v. Robert Sapolsky et al., Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates, în Journal of Neuroscience 10, nr. 9 (1990). Pentru studii despre interacţiunea stres biologic–statut social, v. Robert Sapolsky, Stress in the Wild, în Scientific American 262, nr. 1 (1990), precum şi Social subordinance as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties, în Annals of the New York Academy of Sciences 771 (1995). Discuţia lui Greden despre epidemiologia depresiei majore este în Barbara Burns et al., General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression, în International Journal of Psychiatry in Medicine 30, nr. 2 (2000).

59. Literatura despre antidepresive se bazează, în principal, pe studii pe termen scurt şi arată că antidepresivele încep să aibă efect după două până la patru săptămâni, ajungând la funcţionarea optimă într-un interval de şase săptămâni. Propria experienţă îmi sugerează cu tărie ideea că este nevoie de multe luni pentru a ajunge la rezultatele depline ale acestor medicamente.

60. Faptul că 80 la sută dintre pacienţi reacţionează la medicaţie – dar numai 50 la sută la o anumită medicaţie – este formulat de Mary Whooley şi Gregory Simon în Managing Depression in Medical Outpatients, în New England Journal of Medicine 343, nr. 26 (2000).

61. Prietenul la care fac aluzie este Diéry Prudent, a cărui poveste e spusă în capitolul 5.

62. Cercetările lui George Brown despre relaţia dintre depresie şi pierderea cuiva apropiat sunt publicate în mai multe reviste academice, câteva dintre ele fiind menţionate în bibliografie. Pentru o prezentare deosebit de bună a acestor lucrări, recomand eseul său Loss and Depressive Disorders, publicat în B.P. Dohrenwend (coord.), Adversity, Stress and Psychopathology.

63. Această importantă idee a lui Kay Jamison este rezumată concludent într-un pasaj din cartea sa despre sinucidere, Night Falls Fast: „Disperarea absolută a depresiei sinucigaşe este, prin natura sa, contagioasă, şi îi face pe cei care ar vrea să ajute incapabili s-o facă“, p. 294.

64. Faptul că primul episod de depresie este foarte legat de schimbările din viaţă, iar episoadele ulterioare sunt mai puţin dependente de astfel de evenimente este o idee pe care a adoptat-o mai întâi Emil Kraepelin în Manic-Depressive Insanity and Paranoia. Această idee a fost studiată pe larg, iar rezultatele au fost foarte coerente. Unul dintre cele mai recente studii – Ken Kendler et al., Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the ‘kindling’ hypothesis, în American Journal of Psychiatry 157, nr. 8 (2000) – trece în revistă literatura cu acest subiect şi găseşte în propriile cercetări „dovezi solide şi coerente ale unei interacţiuni negative. Cu alte cuvinte, la fiecare nou episod depresiv asocierea dintre evenimentele stresante şi instalarea depresiei majore este tot mai slabă“.

65. Observaţiile Sfântului Toma d’Aquino despre teamă apar în Summa theologiae I–II, q. 25, a. 4, vol. 6, p. 187. O bună traducere în limba engleză este în Summa Theologica: Complete English Edition in Five Volumes, q. 25, a. 4, vol. 2, pp. 702–703. Le mulţumesc dr. John F. Wippel şi dr. Kevin White de la Catholic University of America pentru ajutorul pe care mi l-au dat la localizarea, traducerea şi interpretarea acestor pasaje.

66. Suprapunerea parţială dintre tulburările afective, alcoolism şi genetică este extrem de complicată. Găsiţi un rezumat excelent al poziţiilor, studiilor şi concluziilor actuale în Frederick Goodwin şi Kay Jamison, Alcohol and Drug Abuse in Manic-Depressive Illness, care începe la p. 210 din cartea lor Manic-Depressive Illness. De asemenea, recomand călduros cartea lui David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, şi cartea lui Marc Galanter şi Herbert Kleber, Textbook of Substance

Abuse Treatment.

67. Această statistică despre tulburarea anxioasă este luată din Stephen Hall, Fear Itself, în New York Times Magazine, 28 februarie 1999, p. 45.

68. Găsiţi o discuţie mai profundă despre relaţia dintre anxietate şi somn în T.A. Mellman şi T.W. Uhde, Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorder, în James Ballenger (coord.), The Neurobiology of Panic Disorder.

69. Citatul este din The Bell Jar, p. 3 (cf. trad. rom. de Alexandra Coliban-Petre, în Sylvia Plath, Clopotul de sticlă, Polirom, [Iaşi,] 2003, p. 9 – n.ed.).

70. „[…] Cu mirarea / şi amarul celui iertat / pentru un păcat pe care nu l-a săvârşit, / m-am întors la căsnicie şi prieteni, / la nalbele cele tivite cu roz; m-am întors / la masa-mi de lucru, la cărţile şi scaunul meu“ (Jane Kenyon, Having It Out with Melancholy, în volumul Constance, p. 25).

71. Breakdown, „cădere psihică/nervoasă“, are şi sensul de „avarie“ (n.tr.).

72. Personaj din serialul comic al CBS The Munsters (n.tr.).

73. Citatul din Daniil Harms în Incidences, p. 4.

74. Citatul din Artaud este luat din titlul unuia dintre desenele sale. cf. catalogul expoziţiei Antonin Artaud: Works on Paper organizate de Muzeul de Artă Modernă din New York în 1996.

75. The Great Gatsby, p. 66 (cf. trad. rom. de Mircea Ivănescu, în F. Scott Fitzgerald, Marele Gatsby, Editura Humanitas, Bucureşti, 2013, p. 88 – n.ed.).

76. „Încercăm un nou leac, un nou amestec / de leacuri, şi deodată / cad iarăşi în viaţa mea // ca un chiţoran luat pe sus de furtună / şi lăsat să cadă la trei văi / şi doi munţi departe de casă. // Îmi pot afla calea înapoi. Ştiu / c-o să recunosc prăvălia / de unde cumpăram lapte şi petrol. // Îmi amintesc casa şi hambarul, / grebla, cănile şi farfuriile albastre, / romanele ruseşti care mi-erau aşa de dragi, / şi cămaşa de noapte de mătase neagră / pe care el a îndesat-o cândva / în vârful şosetei cu darurile mele de Crăciun“ (Jane Kenyon, Back, în volumul Constance, p. 32).

77. Joc de cuvinte intraductibil: breakthrough „noutate revoluţionară“, breakdown „prăbuşire“ sau „cădere psihică/nervoasă“, breakup „ruperea relaţiei“ (n.tr.).

78. Manualul standard despre medicina de urgenţă se intitulează Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice, ed. a IV-a, trei volume, Peter Rosen et al. (coord.).

79. Motanul Cheshire, personaj de ficţiune din romanul Alice în Ţara Minunilor al lui Lewis Carroll. Motanul era cunoscut pentru rânjetul său viclean. La un moment dat, motanul dispare treptat, până când rămâne din el doar rânjetul, ceea ce o face pe Alice să remarce că a văzut de multe ori pisică fără rânjet, dar niciodată un rânjet fără pisică (n.ed.).

80. Crustaceu decapod marin (din familia Paguridae) cu abdomen moale, pe care şi-l adăposteşte într-o cochilie abandonată de gasteropode (n.tr.).

81. I „eu“ (lb. engl.) (n.tr.).

82. Joc de cuvinte intraductibil: (in the) meantime – „între timp“, mean (adj.) – „meschin“, „rău“ (n.tr.).

III
Tratamentele

Există două modalităţi principale de tratare a depresiei: terapiile conversaţionale, care folosesc cuvintele, şi intervenţiile fizice, care includ îngrijirea farmacologică şi terapia cu electroşocuri. Este greu să împaci abordarea psihosocială a depresiei cu cea psihofarmacologică, dar e necesar. E foarte periculos ca atât de mulţi oameni să considere că e fie o situaţie, fie alta. Medicamentele şi psihoterapia nu trebuie să se războiască pentru o populaţie restrânsă de depresivi; ele trebuie să fie terapii complementare, ce pot fi folosite împreună sau separat, în funcţie de situaţia pacientului. Modelul biopsihosocial de terapie globală continuă să ne scape. Nu putem vorbi niciodată prea mult despre consecinţele acestui fapt. E la modă printre psihiatri să-ţi spună întâi cauza depresiei tale (nivelurile scăzute ale serotoninei sau traumele de la începutul vieţii sunt cele mai populare) şi apoi, de parcă ar exista vreo legătură logică, tratamentul; dar asta-i praf în ochi. „Nu cred că, dacă problema ta are cauze psihosociale, este nevoie de un tratament psihosocial“, a spus Ellen Frank de la Universitatea din Pittsburgh. Este izbitor faptul că pacienţii care se vindecă de depresie prin psihoterapie prezintă aceleaşi modificări biologice – de exemplu, la electroencefalograma făcută în timpul somnului – precum cei trataţi cu medicamente.

În vreme ce psihiatrii tradiţionali privesc depresia ca pe o parte integrantă a persoanei care suferă de ea şi încearcă să producă schimbări în structura caracterului acelei persoane, psihofarmacologia, în forma ei cea mai pură, priveşte maladia ca pe un dezechilibru cu cauză externă, care poate fi corectat fără referire la restul unei personalităţi. Antropologul T.M. Luhrmann a scris recent despre pericolele generate de această separare din psihiatria occidentală: „Se presupune că psihiatrii privesc aceste abordări ca pe nişte unelte diferite dintr-o trusă comună. Şi totuşi, ele sunt predate ca unelte diferite, bazate pe modele diferite şi folosite în scopuri diferite.“[83] „Psihiatria“, spune William Normand, un psihanalist care prescrie medicamente când simte că sunt folositoare, „a trecut de la stadiul de lipsă a creierului la cel de lipsă a minţii“ – practicienii care odinioară neglijau

creierul fiziologic în favoarea afectivităţii neglijează acum mintea omenească afectivă în favoarea proceselor chimice din creier. Conflictul dintre terapia psihodinamică şi medicaţie este, în ultimă instanţă, un conflict pe temeiuri morale; tindem în mod categoric să presupunem că, dacă problema reacţionează la dialogul terapeutic, e o problemă pe care ar trebui să fii în stare s-o învingi prin simpla disciplină, în vreme ce o problemă care reacţionează la ingerarea de substanţe chimice nu este din vina ta şi nu necesită disciplină din partea ta. Este adevărat atât faptul că o depresie foarte uşoară este în întregime din vina celui care o suferă, cât şi faptul că aproape toate depresiile pot fi ameliorate prin rigoare. Antidepresivele îi ajută pe cei care se ajută singuri. Dacă te forţezi prea tare, o să-ţi înrăutăţeşti starea, dar trebuie să te forţezi destul de mult dacă vrei cu adevărat să ieşi la liman. Medicamentele şi psihoterapia sunt unelte ce trebuie folosite aşa cum este nevoie. Nu te învinui, dar nici nu fi prea îngăduitor cu tine. Melvin McGuinness, un psihiatru de la Johns Hopkins Hospital, vorbeşte despre „voinţă, afecte şi cunoaştere“ care funcţionează în cicluri legate între ele, aproape ca bioritmurile. Emoţiile îţi afectează voinţa şi cunoaşterea, dar nu preiau controlul asupra lor.

Terapiile bazate pe vorbire provin din psihanaliză, care, la rândul ei, provine din dezvăluirea rituală a gândurilor primejdioase care a fost formalizată prima oară în confesionalul bisericesc. Psihanaliza este o formă de tratament în care se folosesc tehnici specifice de descoperire a traumelor de la începutul vieţii care au produs nevroză. De obicei, este nevoie de mult timp – standardul este de patru-cinci ore pe săptămână – şi se concentrează pe aducerea la lumină a conţinutului minţii inconştiente. A devenit la modă să vorbim cu dispreţ de Freud şi de teoriile psihodinamice care ne vin de la el, dar, de fapt, modelul freudian, chiar dacă are scăderi, este excelent. El conţine, după cum spune Luhrmann, „ideea de complexitate umană, de profunzime, o cerinţă exigentă de luptă împotriva propriilor refuzuri şi respectul faţă de dificultatea vieţii omeneşti“.[84] În vreme ce oamenii se ceartă între ei în legătură cu aspectele specifice ale operei lui Freud şi-l învinuiesc de prejudecăţile epocii sale, trec cu vederea adevărul fundamental din lucrările sale, marea lui modestie: faptul că adesea nu ne cunoaştem motivaţiile din viaţă şi suntem prizonierii lucrurilor pe care nu le putem înţelege. Putem identifica doar o mică parte a impulsurilor noastre, şi o parte şi mai mică ale altora. Dacă nu luăm decât asta de la Freud – şi putem numi această forţă motrice „subconştientul“ sau „dereglarea anumitor circuite

cerebrale“ – şi tot avem o bază pentru studierea bolii mintale.

Psihanaliza e bună să explice lucrurile, dar nu este o modalitate eficientă de schimbare a lor. Forţa masivă a procesului psihanalitic pare să fie cheltuită ineficient dacă scopul pacientului este transformarea imediată a stării generale de spirit; când aud că psihanaliza se foloseşte pentru a ameliora depresia, mă gândesc la cineva care stă în picioare pe un banc de nisip şi trage cu mitraliera în valurile produse de maree. Însă terapiile psihodinamice care au izvorât din psihanaliză joacă un rol crucial. Rareori poate fi vindecată fără o examinare atentă viaţa nesupusă analizei, iar lecţia dată de psihanaliză este că această examinare dezvăluie totdeauna ceva. Şcolile de terapie conversaţională care au cea mai mare actualitate sunt cele în care pacientul vorbeşte cu medicul despre sentimentele şi trăirile sale actuale. Timp de mulţi ani, vorbitul despre depresie a fost considerat cel mai bun tratament. Mai există însă un tratament. „Notează-ţi“, scria Virginia Woolf în *The Years*, „şi durerea trece“.[85] Acesta e procesul pe care se sprijină cea mai mare parte din psihoterapie. Rolul medicului este să asculte cu atenţie, în vreme ce pacientul intră în contact cu adevăratele sale motivaţii, astfel încât să înţeleagă de ce anume face ceea ce face. Cele mai multe terapii psihodinamice se bazează pe principiul că numirea unui lucru este cea mai bună metodă de a-l domina, iar cunoaşterea sursei problemei este de folos pentru rezolvarea ei. Aceste terapii nu se limitează însă la cunoaştere; ele vin cu strategii de strunire a cunoaşterii pentru a produce ameliorarea. Medicul poate, de asemenea, să dea răspunsuri nepărtinitoare, care să-i ofere pacientului destule idei pentru a-şi modifica purtarea, îmbunătăţindu-şi astfel calitatea vieţii. Depresia e adesea provocată de izolare. Un bun terapeut poate ajuta o persoană depresivă să creeze contacte cu cei din jur şi să formeze structuri de sprijin care să atenueze gravitatea depresiei.

Există persoane cu picioarele bine înfipte în pământ, pentru care o astfel de înţelegere a afectelor nu are sens. „Cui îi pasă de motive şi origini?“ întreabă Donald Klein de la Universitatea Columbia, unul dintre psihofarmacologii de frunte. „Nimeni nu l-a eliminat pe Freud, pentru că nimeni nu are vreo teorie cât de cât mai bună decât tot conflictul ăla interiorizat. Problema este că nu-l putem trata; filozofarea despre locul de unde vine n-a avut până acum nici un strop de folos terapeutic.“

E adevărat că medicamentele ne-au eliberat, dar ar trebui să ne pese tuturor de originea bolii. Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), spune: „În cazul bolii coronariene, nu scriem pur

şi simplu o reţetă de medicamente. Le cerem, de asemenea, bolnavilor să-şi limiteze colesterolul şi le dăm un program de exerciţii fizice şi sfaturi despre dietă şi, poate, despre gestionarea stresului. Procesul combinatoriu nu există doar în cazul bolilor mintale. Dezbaterea «medicamente *versus* psihoterapie» este ridicolă. Amândouă sunt chestiuni empirice. Prejudecata mea filozofică este că cele două ar trebui să funcţioneze bine împreună, deoarece medicamentele fac oamenii mai deschişi la psihoterapie, ajută la iniţierea unei spirale ascendente.“ Ellen Frank a efectuat câteva studii care arată că psihoterapia nu e nici pe departe la fel de eficientă ca medicamentele la scoaterea cuiva din depresie, însă terapia are efectul de a apăra de recurenţă. Cu toate că sunt complicate, datele din acest domeniu sugerează că medicamentele şi psihoterapia, în combinaţie, dau rezultate mai bune decât fiecare dintre ele separat.[86] „E strategia de tratare pentru prevenirea următorului episod de depresie“, spune ea. „Nu mi-e limpede cât loc va avea viziunea integrată în viitorul îngrijirii medicale, iar acest lucru e înspăimântător.“ Martin Keller, de la Facultatea de Psihologie a Universităţii Brown, care lucrează cu o echipă pluriuniversitară, a descoperit, într-un studiu recent despre depresivi, că mai puţin de jumătate dintre ei au avut o ameliorare semnificativă doar cu medicamente; că mai puţin de jumătate dintre ei au avut o ameliorare semnificativă cu analiza cognitivă comportamentală; şi că peste 80 la sută dintre ei au avut o ameliorare semnificativă după ce au fost trataţi prin ambele. Argumentele pentru combinare sunt irefutabile. Exasperat, Robert Klitzman de la Universitatea Columbia zice: „Prozacul n-ar trebui să *prevină* înţelegerea; ar trebui *s-o facă cu putinţă*.“ Iar Luhrmann scrie: „Medicii cred că au fost pregătiţi să vadă şi să înţeleagă o suferinţă grotescă, însă tot ce li se îngăduie este să le înmâneze prizonierilor ei o acadea biomedicală şi apoi să le întoarcă spatele.“

Dacă o trăire reală ţi-a declanşat căderea în depresie, simţi o mare dorinţă omenească s-o înţelegi chiar şi după ce ţi-a trecut; limitarea trăirii, care se realizează cu ajutorul pilulelor chimice, nu este echivalentă cu tratarea. Atât problema, cât şi datele ei necesită, de obicei, atenţie urgentă. Poate că vor fi trataţi mai mulţi oameni în epoca noastră favorabilă medicamentelor; sănătatea publică generală ar putea să crească. E însă cât se poate de periculos să aşezi mai în spate terapia conversaţională. Psihoterapia îţi îngăduie să înţelegi noul eu la care ai ajuns cu ajutorul medicamentelor şi să accepţi pierderea eului produsă în timpul unei căderi psihice. Trebuie să renaşti după un episod grav, şi trebuie să înveţi comportamentele care te pot apăra de

recidivă. Trebuie să-ţi duci viaţa altfel decât înainte. „E atât de greu, în orice condiţii, să-ţi reglezi viaţa, somnul, regimul alimentar, exerciţiile fizice“, comentează Norman Rosenthal de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Gândiţi-vă ce greu e când eşti depresiv! Ai nevoie de psihoterapeut ca de un fel de antrenor, care să te facă să nu renunţi. Depresia este o boală, nu o opţiune în viaţă, şi trebuie să fii ajutat să ieşi din ea.“ „Medicamentele tratează depresia“, mi-a spus psihoterapeuta mea. „Eu îi tratez pe depresivi.“ Ce anume te linişteşte? Ce anume îţi exacerbează simptomele? Nu există vreo diferenţă, din punct de vedere chimic, între depresia declanşată de moartea unei rude şi depresia provocată de ruperea unei relaţii amoroase de două săptămâni. Cu toate că pare mai raţional să ai reacţii extreme în prima situaţie decât în a doua, trăirea clinică este aproape identică. După cum a spus Sylvia Simpson, medic la Johns Hopkins: „Dacă arată a depresie, trateaz-o ca depresie.“

Când am început să derapez spre a doua cădere psihică, terminasem psihanaliza şi nu mai aveam terapeut. Toată lumea îmi spusese ferm că trebuie să-mi găsesc altul. Găsirea unui nou terapeut atunci când te simţi bine şi eşti comunicativ e o sarcină apăsătoare şi groaznică, dar s-o faci atunci când eşti în ghearele unei depresii majore e inacceptabil. E important să cauţi un bun terapeut. Am încercat unsprezece în şase săptămâni. Cu fiecare dintre cei unsprezece, am repetat litania suferinţelor mele, până ce a ajuns să pară că recit monologul din piesa altcuiva. Unii dintre terapeuţii potenţiali păreau înţelepţi. Unii dintre ei erau zurlii. O femeie îşi acoperise toată mobila cu folie alimentară transparentă ca s-o protejeze de câinii ei, care nu se mai opreau din lătrat; îmi tot oferea bucăţele de *gefilte fish*[87] care arătau mucegăite şi pe care le mânca dintr-o cutie de plastic; am renunţat la ea când unul dintre câini mi-a urinat pe pantof. Un bărbat mi-a dat o adresă greşită pentru cabinetul lui („A, am avut acolo un cabinet!“), iar altul mi-a spus că n-am nici o problemă reală şi că ar trebui să mă luminez un pic. Au mai fost şi femeia care mi-a spus că nu crede în emoţii, şi bărbatul care părea că nu crede în nimic altceva. Au mai fost cognitivistul, freudianul care şi-a ros unghiile cât a durat şedinţa, jungianul şi autodidactul. Un bărbat mă tot întrerupea ca să-mi spună că sunt *întocmai* ca el. Câţiva păreau pur şi simplu că nu pricep când încercam să le explic cine sunt. Multă vreme, presupusesem că prietenii mei bine adaptaţi probabil că se duc la terapeuţi buni. Ceea ce am descoperit e că mulţi oameni bine adaptaţi care au relaţii sincere cu soţul sau soţia stabilesc relaţii lunatice cu medicii lor căpiaţi, de dragul – nu putem

presupune altceva – echilibrului. „Încercăm să facem studii despre medicamente comparativ cu psihoterapia“, spune Steven Hyman. „Am făcut oare studii sincronice despre terapeuţi străluciţi în comparaţie cu cei lipsiţi de talent? Suntem de-a dreptul Lewis şi Clark[88] în zona asta.“

În cele din urmă, am făcut o alegere de care sunt încă foarte mulţumit – cineva a cărui minte părea ascuţită şi în care am văzut scântei de reală umanitate. L-am ales pentru că părea inteligent şi loial. Dată fiind experienţa mea cu psihanalista care a întrerupt analiza şi m-a împiedicat să iau medicamente atunci când aveam nevoie disperată de ele, am fost prudent la început, şi mi-au trebuit trei ani întregi ca să am încredere în el. A fost neclintit în perioadele de zbucium şi criză. A fost amuzant în perioadele bune; pun mare preţ pe simţul umorului la toţi cei cu care petrec atât de mult timp. A colaborat bine cu psihofarmacologul meu. În cele din urmă, m-a convins că ştie ce face şi că vrea să ajute. A meritat să încerc mai întâi alţi zece. Nu te duce la un terapeut care nu-ţi place. Oamenii care nu-ţi plac, oricât de pricepuţi ar fi, nu te pot ajuta. Dacă socoteşti că eşti mai deştept decât doctorul tău, probabil că ai dreptate: o diplomă de psihiatrie sau de psihologie nu e o garanţie a geniului. Fii cum nu se poate mai grijuliu când alegi un psihiatru. Este uluitor cât de mulţi oameni – care preferă să se ducă cu maşina douăzeci de minute în plus ca să ajungă la curăţătoria chimică preferată şi care se plâng directorului supermarketului când nu mai găsesc marca lor preferată de conserve de roşii – par să aleagă un psihiatru de parcă ar fi un furnizor de servicii generale. Nu uita: îţi pui, de fapt, mintea în mâinile acestei persoane. Nu uita şi că trebuie să-i spui psihiatrului ceea ce nu-i poţi arăta. „E mult mai greu“, mi-a scris Laura Anderson, „să te încrezi într-un om când problema e atât de nebuloasă încât nu-ţi poţi da seama dacă te-a înţeles sau nu; e mai greu şi pentru el.“ Am devenit incredibil de reţinut în privinţa psihiatrilor, chiar şi când mă aflu pe de-a-ntregul în bezna suferinţei. Stau drept şi nu plâng. Vorbesc despre mine cu ironie şi trântesc câte-o mostră de umor macabru, străduindu-mă din răsputeri să-i farmec pe cei care mă tratează, oameni care, de fapt, nu doresc să fie fermecaţi. Mă-ntreb uneori dacă psihiatrii mei mă cred când le spun cum mă simt, pentru că pot să-mi aud eu însumi detaşarea din voce. Îmi închipui cât de mult trebuie să deplângă ei acest înveliş social gros prin care sentimentele mele reale răzbat atât de puţin. Îmi doresc adesea să-mi pot revărsa pe deplin emoţiile în cabinetul psihiatrului. Niciodată n-am reuşit să definesc drept intim spaţiul terapiei. Felul în care-i pot vorbi fratelui meu, bunăoară, nu se regăseşte în

felul meu de a vorbi cu doctorii. Presupun că trebuie să fie prea riscant. Doar din când în când, rafinat, câte o sclipire a realităţii mele face asta, în esenţă, mai bine decât o descriere.

Unul dintre felurile de a judeca un psihiatru e să observi cât de bine pare să te judece. Arta examinării iniţiale rezidă în punerea întrebărilor potrivite. N-am participat la interviuri psihiatrice confidenţiale, între patru ochi, dar am luat parte la un mare număr de internări în spital şi am fost uimit de varietatea modalităţilor de abordare a pacienţilor cu depresie. Cei mai mulţi dintre psihiatrii buni pe care i-am întâlnit au început prin a lăsa pacientul să-şi spună povestea, după care au trecut dinamic la interviuri foarte riguros structurate, în care căutau anumite informaţii. Capacitatea lor de a dirija bine un astfel de interviu se numără printre cele mai importante competenţe ale unui medic. Sylvia Simpson, medic la Johns Hopkins, a stabilit în primele zece minute ale unui interviu că o pacientă care se interna la scurtă vreme după o încercare de suicid avea tulburare bipolară. Psihiatrul femeii, care o tratase timp de cinci ani, nu stabilise acest fapt absolut esenţial şi-i prescrisese antidepresive fără stabilizatori ai stării de spirit – regim despre care se ştie că este nepotrivit pentru pacienţii bipolari, cărora le provoacă adesea stări agitate contradictorii. Apoi, când am întrebat-o despre asta pe Sylvia Simpson, a spus: „A fost nevoie de ani de muncă asiduă ca să se ajungă la întrebările din acele interviuri.“ Mai târziu, am participat la interviuri cu persoane care rămăseseră de curând fără adăpost, realizate de Henry McCurtiss, şeful Secţiei de psihiatrie de la Harlem Hospital. Petrecea cel puţin zece minute din fiecare interviu de douăzeci de minute ascultând relatările incredibil de detaliate despre locuinţă ale pacienţilor. Când l-am întrebat, în cele din urmă, de ce urmăreşte cu atâta sârguinţă problema asta, a spus: „Cei care au trăit multă vreme într-un loc sunt din motive circumstanţiale temporar fără adăpost, dar sunt capabili să ducă o viaţă ordonată şi au nevoie, în primul rând, de o intervenţie socială. Cei care s-au tot mutat, ori care au fost de mai multe ori fără adăpost, ori nu-şi pot aminti unde locuiau au probabil o problemă gravă care stă la baza acestor situaţii şi au nevoie, în primul rând, de o intervenţie psihiatrică.“ Sunt norocos că am o asigurare bună, care-mi plăteşte vizitele săptămânale la terapeut şi pe cele lunare la psihofarmacolog. Cele mai multe organizaţii de întreţinere a sănătăţii (HMO) preferă medicamentele, care sunt, comparativ, mai ieftine. Nu le plac terapiile conversaţionale şi internările în spital, care durează mult şi costă mult.

Cele două feluri de terapie conversaţională care au palmaresul cel mai bun

în tratarea depresiei sunt terapia cognitiv-comportamentală (*cognitive-behavioural therapy* – CBT)[89] şi terapia interpersonală (*interpersonal therapy* – IPT). Terapia cognitiv-comportamentală este o formă de psihoterapie dinamică – bazată pe reacţiile afective şi mentale la evenimente externe, în prezent şi în copilărie – care este concentrată strict pe obiective. Sistemul a fost creat de Aaron Beck de la Universitatea din Pennsylvania şi se foloseşte acum pe întregul teritoriu al SUA şi în cea mai mare parte a Europei Occidentale. Beck afirmă că gândurile noastre despre noi sunt adesea distructive şi că, dacă mintea e silită să gândească în anumite feluri, putem cu adevărat să ne modificăm realitatea – este un program pe care unul dintre colaboratorii săi l-a numit „optimism învăţat“.[90] El crede că depresia e consecinţa logicii false şi că, prin corectarea gândirii negative, putem ajunge la o stare mai bună a sănătăţii mintale. Terapia cognitiv-comportamentală ne învaţă obiectivitatea.

Terapeutul începe prin a ajuta pacientul să facă o listă a „datelor de istorie personală“, şirul de dificultăţi care l-a dus în situaţia în care se află. Terapeutul face apoi schema reacţiilor la aceste dificultăţi şi încearcă să identifice tiparele caracteristice ale reacţiilor exagerate. Pacientul află de ce anumite evenimente îi par atât de deprimante şi încearcă să se elibereze de reacţiile inadecvate. Această parte macroscopică a terapiei cognitiv-comportamentale este urmată de cea microscopică, în care pacientul învaţă să-şi neutralizeze „gândurile automate“. Sentimentele nu sunt reacţii directe faţă de lume: ceea ce se petrece în lume ne înrâureşte cogniţia, iar cogniţia, la rândul ei, înrâureşte afectivitatea. Dacă pacientul poate modifica facultatea de cunoaştere, atunci poate modifica stările de spirit concomitente. O pacientă poate, de pildă, să înveţe să privească absorbirea în activitate a soţului ei ca pe o reacţie rezonabilă la exigenţele muncii pe care o face, nu ca pe o respingere. Ea ar putea atunci să vadă cum propriile gânduri automate (că nu-i bună de nimic) se transformă în emoţie negativă (autoreproş) şi să identifice felul în care această emoţie duce la depresie. După ce ciclul este întrerupt, pacienta poate începe să dobândească un anumit grad de autocontrol. Pacienta învaţă să facă distincţie între ceea ce se întâmplă în realitate şi ideile ei despre ceea ce se întâmplă.

Terapia cognitiv-comportamentală funcţionează conform unor reguli specifice. Terapeutul dă multe teme pentru acasă: trebuie să se facă liste cu trăiri pozitive şi liste cu trăiri negative, iar uneori ele sunt transformate în grafice. Terapeutul prezintă un program de lucru pentru fiecare şedinţă,

continuă în mod structurat şi încheie cu rezumatul realizărilor. Din conversaţia terapeutului, sunt excluse în mod expres faptele şi sfaturile. Sunt identificate momentele plăcute din ziua pacientului, iar pacientul este iniţiat în arta de a include în viaţa sa plăcerea afectivă. Pacientul trebuie să devină atent la facultatea sa de cunoaştere, ca să se poată opri când se îndreaptă către un tipar negativ şi să-şi îndrepte procesarea către un sistem mai puţin vătămător. Toată această activitate are modele concretizate în exerciţii. Terapia cognitiv-comportamentală ne învaţă arta conştientizării eului.

N-am făcut niciodată terapie cognitiv-comportamentală, dar am învăţat de la ea unele lecţii. Dacă într-o conversaţie simţi că te umflă râsul, te poţi uneori abţine să râzi, silindu-ţi mintea să se concentreze pe ceva trist. Dacă eşti într-o situaţie în care se aşteaptă de la tine senzaţii sexuale pe care de fapt nu le ai, îţi poţi proiecta mintea într-o lume a fanteziei foarte îndepărtată de realitatea pe care o trăieşti, iar acţiunile tale şi ale trupului tău se pot desfăşura mai degrabă în cadrul acelui artificiu decât în realitatea prezentă. Aceasta e strategia care stă la baza terapiei cognitive. Dacă te trezeşti gândind că nimeni nu te poate iubi vreodată şi că viaţa n-are nici un sens, îţi repoziţionezi mintea şi te sileşti să te gândeşti la o amintire, oricât de restrânsă, a unei perioade mai bune. E greu să lupţi cu propria conştiinţă, pentru că n-ai în această luptă altă armă decât conştiinţa însăşi. Trebuie doar să ai gânduri frumoase, gânduri frumoase, minunate – iar ele vor submina durerea. Gândeşte-te la ceea ce nu-ţi vine să te gândeşti. Poate să fie, într-un fel, fals şi amăgitor, dar dă rezultate. Alungă din minte persoanele asociate cu pierderea pe care ai suferit-o: trebuie să le interzici intrarea în conştiinţa ta. Mama care te-a părăsit, iubitul crud, şeful nesuferit, prietenul necredincios – încuie-i pe dinafară. Asta ajută. Ştiu care gânduri şi preocupări mă pot răpune şi sunt prudent cu ele. Mă gândesc bunăoară la persoanele pe care le-am iubit cândva, şi le simt dureros absenţa fizică, şi ştiu că trebuie să mă îndepărtez de acele gânduri şi preocupări şi încerc să nu invoc prea multe imagini ale unei fericiri care a existat între noi şi care, sub forma sa materială, s-a terminat demult. Când sunt în pat, aşteptând să adorm, e mai bine să iau un somnifer decât să-mi las mintea să zburde liber la subiecte triste. Asemenea unui schizofrenic căruia i s-a spus să nu asculte vocile din capul său, întotdeauna resping aceste imagini.

Am cunoscut cândva o supravieţuitoare a Holocaustului, o femeie care a stat peste un an la Dachau şi care şi-a văzut întreaga familie murind în lagăr. Am întrebat-o cum a rezistat şi a zis că a înţeles de la bun început că, dacă se

lasă dusă de gândul la ce se întâmplă, o să-şi piardă minţile şi o să moară. „Am hotărât“, mi-a spus, „să nu mă gândesc la altceva decât la părul meu, şi tot timpul cât am stat în locul acela nu m-am gândit la altceva. Mă gândeam la momentul în care o să-l pot spăla. Mă gândeam să încerc să-l pieptăn cu degetele. Mă gândeam cum să mă port cu gardienii ca să mă asigur că n-o să fiu rasă în cap. Îmi petreceam ore întregi luptând cu păduchii care mişunau peste tot în lagăr. Asta a dat minţii mele putinţa de a se focaliza pe ceva asupra căruia aveam un pic de control şi-mi ocupa mintea, aşa încât am putut să mă izolez de realitatea lucrurilor care se petreceau cu mine, iar asta m-a scos la liman.“ Iată cum poate fi dus la extrem, în împrejurări extreme, principiul terapiei cognitiv-comportamentale. Dacă-ţi poţi sili gândurile în anumite tipare, asta te poate salva.

Când Janet Benshoof a venit acasă la mine pentru prima oară, m-a uluit. Era o avocată strălucită, fusese un personaj de frunte în lupta pentru dreptul la avort. Din toate punctele de vedere, este o persoană impresionantă, citită, elocventă, atrăgătoare, amuzantă şi nepretenţioasă. Pune întrebări cu ochiul exersat al cuiva care ghiceşte rapid adevărul. Cu totală stăpânire de sine, vorbeşte despre depresii care au dus-o neverosimil de jos. „Realizările mele sunt balenele dintr-un corset care-mi permite să stau în picioare; fără ele, aş fi doar un morman pe podea“, a spus. „În cea mai mare parte a timpului, nu ştiu pe cine sau ce sprijină ele, dar ştiu că sunt singura mea apărare.“ A lucrat mult pe plan comportamental cu un terapeut care s-a ocupat de fobiile ei. „Păi, una rea de tot era zborul“, spune ea. „Aşa că el m-a dus în avioane şi m-a supravegheat. Eram sigură că o să dau peste cineva pe care să nu-l mai fi văzut din liceu şi că o să fiu cu grăsanul ăsta cu cămaşa plesnind pe la cusături şi o să trebuiască să zic: «E terapeutul meu comportamental şi tocmai exersăm luând avionul.» Dar trebuie să spun că a funcţionat. Mi-am parcurs exact gândurile, minut cu minut, şi le-am schimbat. Acum, nu mai am atacuri de panică în avioane.“

Terapia cognitiv-comportamentală e folosită pe larg în prezent şi pare să aibă un efect semnificativ asupra depresiei. Se pare că rezultate extrem de bune dă şi terapia interpersonală,[91] regim de tratament formulat de Gerald Klerman, de la Cornell, şi soţia sa, Myrna Weissman, de la Columbia. Terapia interpersonală se concentrează pe realitatea nemijlocită a vieţii de zi cu zi. În loc să creeze o schemă generală pentru întreaga istorie personală, ea repară lucrurile în prezent. Nu este vorba să transformi pacientul într-o persoană mai profundă, ci de a învăţa pacientul cum să profite la maximum

de cel care este. Este o terapie pe termen scurt, cu hotare şi limite clare. Ea presupune că mulţi oameni care sunt depresivi au avut drept declanşator sau consecinţe ale depresiei lor factori de stres exteriori şi că aceştia pot fi eliminaţi prin intermediul unei interacţiuni prudente cu ceilalţi. Tratamentul are două faze. În prima, pacientul este învăţat să-şi considere depresia drept afecţiune externă şi este informat despre răspândirea tulburării. Simptomele sale sunt puse în ordine şi li se dă o denumire. El preia rolul de bolnav şi identifică un proces de însănătoşire. Pacientul alcătuieşte liste cu toate relaţiile sale curente şi, împreună cu terapeutul, defineşte ce anume obţine de la fiecare şi ce-şi doreşte de la fiecare. Terapeutul colaborează cu pacientul la descoperirea celor mai bune strategii pentru obţinerea a ceea ce este trebuincios în viaţa lui. Problemele sunt ordonate în patru categorii: suferinţă; diferenţele legate de roluri în relaţiile cu prietenii apropiaţi şi cu rudele (de pildă, ce dai şi ce aştepţi în schimb); stările de tranziţie stresantă din viaţa personală sau profesională (de exemplu, divorţul sau pierderea locului de muncă); şi izolare. Terapeutul şi pacientul stabilesc apoi câteva obiective ce pot fi atinse şi hotărăsc cât de mult timp le vor dedica. Terapia interpersonală prezintă viaţa noastră în termeni exacţi, clari.

Este important să nu-ţi reprimi cu totul sentimentele când eşti depresiv. Este la fel de important să eviţi discuţiile violente sau expresiile ofensatoare. Trebuie să te fereşti de comportamentul dăunător pe plan afectiv. Oamenii iartă, dar e mai bine să nu învolburezi lucrurile până în punctul în care să fie nevoie de iertare. Când eşti depresiv, ai nevoie de iubirea celorlalţi, şi totuşi depresia dă naştere unor acţiuni care distrug acea iubire. Persoanele depresive înfig adesea ace în propriile plute gonflabile. Mintea conştientă poate să intervină. Nu eşti lipsit de ajutor. La foarte puţin timp după ce am scăpat de a treia depresie, am cinat cu tata, şi el a spus ceva care m-a supărat, şi iată că m-am auzit piţigăindu-mi vocea şi spunând lucruri dure, şi am fost foarte alarmat. Puteam vedea cum tata se crispează. Am respirat adânc şi, după o pauză plină de înţeles, am spus: „Îmi pare rău. Am promis să nu ţip la tine şi să nu te manipulez în privinţa acestor lucruri, şi-mi pare rău că am făcut-o.“ Asta sună cam artificial, dar capacitatea de a interveni în mod conştient contează, de fapt, enorm. Un prieten arţăgos mi-a spus odată: „La două sute de dolari ora, ai zice că psihiatrul meu ar putea să se ducă să-mi schimbe familia şi să mă lase pe mine în pace.“ Din nefericire, nu aşa merge treaba.

Cu toate că terapia cognitiv-comportamentală şi terapia interpersonală au multe calităţi specifice, nici o terapie nu e mai bună decât cel care o practică.

Terapeutul tău contează mai mult decât alegerea sistemului terapeutic. Cineva cu care ai un contact profund probabil că te poate ajuta mult doar discutând cu tine într-un mediu informal; cineva cu care nu ai un contact bun nu te va ajuta cu adevărat, indiferent cât de sofisticată i-ar fi tehnica ori cât de numeroase i-ar fi diplomele. Lucrurile-cheie sunt inteligenţa şi intuiţia: forma în care este comunicată această intuiţie şi tipul de intuiţie folosit sunt cu adevărat pe planul doi. Într-un studiu important efectuat în 1979, câţiva cercetători demonstrează că orice formă de terapie poate fi eficientă dacă sunt îndeplinite anumite criterii: terapeutul să acţioneze cu bună-credinţă; pacientul să fie sigur că terapeutul cunoaşte tehnica; pacientului să-i placă terapeutul şi să-l respecte; şi terapeutul să aibă capacitatea de a crea relaţii bazate pe înţelegere. Aceşti experimentatori au ales profesori de limba engleză care aveau calitatea de înţelegere umană şi au constatat că, în medie, profesorii de limba engleză au reuşit să-şi ajute pacienţii la fel de mult ca terapeuţii profesionişti.[92]

„Mintea nu poate să existe fără creier, dar mintea poate să influenţeze creierul. Este o problemă pragmatică şi metafizică, a cărei biologie nu o cunoaştem“, spune Elliot Valenstein, profesor emerit de psihologie şi neuroştiinţă de la Universitatea din Michigan. Planul trăirilor poate fi folosit pentru a înrâuri planul fizic. Aşa cum spune James Ballenger de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud: „Psihoterapia modifică biologia. Terapia comportamentală modifică biologia creierului – probabil că în acelaşi fel în care o fac medicamentele.“ Unele terapii cognitive care sunt eficiente în cazul anxietăţii scad nivelul metabolismului cerebral, în vreme ce, asemenea imaginii în oglindă, terapiile farmaceutice scad nivelul anxietăţii. Acesta e principiul medicamentelor antidepresive, care, prin modificarea nivelurilor anumitor substanţe din creier, schimbă felul în care se simte şi acţionează pacientul.

Cele mai multe dintre lucrurile care se petrec în creier în timpul unei căderi psihice continuă să fie inaccesibile manipulării din exterior. Cercetarea vizând terapii clinice pentru depresie s-a concentrat intens pe neurotransmiţătorii care o înrâuresc, în cea mai mare parte deoarece suntem în stare să influenţăm neurotransmiţătorii.[93] Dat fiind că oamenii de ştiinţă ştiu că scăderea nivelurilor anumitor neurotransmiţători poate să provoace depresie, ei acţionează pe baza presupunerii că sporirea nivelurilor acelor neurotransmiţători poate să uşureze depresia – şi, într-adevăr, medicamentele care cresc nivelurile acelor neurotransmiţători sunt, în multe cazuri,

antidepresive eficiente. Este încurajator să socotim că înţelegem relaţia dintre neurotransmiţători şi starea de spirit, dar n-o înţelegem. Pare să fie un mecanism indirect. Persoanele care au o grămadă de neurotransmiţători ţopăind prin creier nu sunt mai fericite decât persoanele cu puţini neurotransmiţători. Mai întâi de toate, persoanele depresive nu au, în general, niveluri scăzute de neurotransmiţători. O cantitate suplimentară de serotonină în creier nu face nici un bine pe loc; dacă pui oamenii să înghită mai mult triptofan (se găseşte în mai multe alimente, printre care se numără carnea de curcan, bananele şi curmalele), care creşte nivelurile serotoninei, nu le este de ajutor pe loc, cu toate că există dovezi că reducerea triptofanului din dietă poate să agraveze depresia.[94] Populara concentrare actuală pe serotonină este, în cel mai bun caz, naivă. După cum a spus destul de sec Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală: „E prea multă ciorbă de serotonină şi insuficientă neuroştiinţă modernă. Încă n-am ajuns să organizăm pe aici Sărbătoarea Serotoninei.“ În condiţii obişnuite, serotonina este eliberată de neuroni, apoi reabsorbită şi iar eliberată. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) blochează procesul de recaptare, crescând astfel nivelul serotoninei care circulă liber în creier. Serotonina este una dintre liniile directe ale naturii în dezvoltarea speciilor: poate fi găsită la plante, la animalele inferioare şi la oameni. Pare să aibă mai multe funcţii, care diferă de la o specie la alta. La oameni, este unul dintre cele câteva mecanisme care controlează contracţia şi dilatarea vaselor de sânge. Ajută la formarea crustelor, provocând închegarea necesară pentru oprirea sângerării. Este implicată în reacţiile inflamatorii. Influenţează, de asemenea, digestia. Este implicată nemijlocit în reglarea somnului, în depresie, agresivitate şi sinucidere.[95]

Antidepresivele au nevoie de mult timp pentru a produce modificări palpabile. Pacientul depresiv simte un rezultat real al modificării nivelurilor neurotransmiţătorilor abia după un interval de două până la şase săptămâni. Aceasta sugerează că ameliorarea include părţi ale creierului care reacţionează la nivelurile modificate ale neurotransmiţătorilor. Circulă multe teorii, nici una definitivă. Cea mai în vogă până foarte de curând a fost cea a receptorilor.[96] Creierul are câţiva receptori pentru fiecare neurotransmiţător. Când există o cantitate mai mare din transmiţător, creierul are nevoie de mai puţini receptori, deoarece transmiţătorul îi inundă pe toţi cei existenţi. Când există o cantitate mai mică din transmiţător, creierul are nevoie de mai mulţi receptori, ca să absoarbă orice strop de neurotransmiţător disponibil. Aşadar,

creşterea cantităţii de neurotransmiţători ar face să scadă numărul de receptori şi ar permite celulelor care au acţionat ca receptori să se respecializeze şi să preia alte funcţii. Cercetări recente arată însă că receptorilor nu le trebuie mult ca să se respecializaze; de fapt, se pot modifica la o jumătate de oră de la o schimbare a nivelurilor neurotransmiţătorilor. Prin urmare, teoria receptorilor nu explică decalajul temporal experimentat cu antidepresivele. Şi totuşi, mulţi cercetători nu renunţă la ideea că un gen de modificare treptată din structura creierului explică reacţia întârziată la antidepresive. Efectul medicamentelor este probabil indirect.[97] Creierul omenesc este uluitor de plastic. După o traumă, celulele se pot respecializa şi schimba; ele pot să „înveţe“ funcţii cu totul noi. Când creşti nivelurile serotoninei şi faci ca unii receptori de serotonină să-şi închidă prăvălia, se întâmplă alte lucruri în altă parte a creierului, iar acele lucruri ulterioare trebuie să corecteze dezechilibrul care te-a făcut iniţial să te simţi rău. Mecanismele sunt însă complet necunoscute. „Există o acţiune nemijlocită a medicamentelor, care duce la cine ştie ce cutie neagră despre care n-avem nici o idee, care duce la vindecare“, spune Allan Frazer, decanul Facultăţii de Psihofarmacologie a Universităţii din Texas, de la San Antonio. „Obţii acelaşi tip de rezultate din creşterea serotoninei ca şi din creşterea norepinefrinei. Oare duc la două cutii negre diferite? Duc la aceeaşi cutie neagră? Oare un lucru duce la altul, care duce la cutia neagră?“

„E ca şi cum ai pune un grăunte de nisip într-o stridie“, spune Steven Hyman despre administrarea de antidepresive, „iar acesta se transformă în perlă. Prin *adaptările* la neurotransmiţătorii modificaţi, se produce efectul terapeutic, lent, pe parcursul multor săptămâni.“ Elliot Valenstein de la Universitatea din Michigan adaugă: „Antidepresivele sunt specifice din punct de vedere farmacologic, dar nu şi comportamental. Chimia produselor este din ce în ce mai specifică, dar numai Dumnezeu ştie ce se întâmplă cu adevărat în creier.“ William Porter, care a condus partea psihofarmacologică de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) în anii ’70 şi ’80, iar acum s-a dus la Eli Lilly să lucreze la noi medicamente, explică aceasta astfel: „Există mai multe mecanisme care produc efecte antidepresive; medicamente cu spectre foarte diferite ale activităţii biochimice au, de fapt, efecte foarte asemănătoare. Ele converg în moduri la care nu te-ai fi aşteptat niciodată. Poţi avea cam aceleaşi efecte antidepresive prin sistemele serotoninei sau norepinefrinei, iar, la unele persoane, prin dopamină. Nu e simplu; e ca un sistem climatic. Faci ceva undeva care schimbă viteza

vântului sau umiditatea şi obţii un tip de vreme complet diferit, dar nici cel mai bun meteorolog nu poate fi sigur care anume schimbare va înrâuri în ce fel ce anume.“ Contează oare că majoritatea antidepresivelor suprimă somnul paradoxal,[98] ori este un efect secundar irelevant? Este oare important că antidepresivele scad, în general, temperatura cerebrală care, în depresie, tinde să crească noaptea? A devenit limpede că toţi neurotransmiţătorii interacţionează şi fiecare îi influenţează pe ceilalţi.

Modelele animale sunt imperfecte, dar din studiile pe animale se pot obţine informaţii folositoare.[99] Maimuţele despărţite de mamă de mici devin, când cresc, psihotice; creierul lor devine diferit din punct de vedere fiziologic, iar ele dezvoltă niveluri de serotonină mult mai slabe decât maimuţele crescute de mamele lor. La o gamă întreagă de animale, despărţirile de mamă repetate produc niveluri excesive de cortizol.[100] Prozacul inversează aceste efecte. Dacă masculul dominant într-o colonie de marsupiale[101] e pus în alt grup, în care nu este dominant, apar simptome ca pierderea în greutate, diminuarea performanţelor sexuale, perturbarea somnului şi toate celelalte simptome caracteristice ale depresiei majore. Creşterea nivelului serotoninei determină dispariţia completă a acestor simptome. Animalele cu niveluri scăzute de serotonină tind să brutalizeze alte animale, îşi asumă riscuri inutile şi absurde şi sar la bătaie fără motiv.[102] Modelele animale ale relaţiei dintre factorii externi şi nivelurile de serotonină sunt extrem de instructive. Masculul care urcă în structura de dominare a grupului său de egali va prezenta niveluri mai înalte de serotonină când ajunge la un grad mai înalt[103] – iar nivelul înalt al serotoninei este asociat cu tendinţe mai scăzute de agresivitate sau de suicid. Dacă aceşti masculi sunt izolaţi, aşa încât nu pot avea un statut într-un grup, nivelul serotoninei le scade până la 50 la sută. Dacă li se administrează inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), devin mai puţin agresivi şi mai puţin înclinaţi spre activitate suicidară.[104]

În prezent, sunt disponibile patru clase de medicamente antidepresive. Cele mai populare sunt inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), care cresc nivelurile de serotonină din creier. Prozac, luvox, paxil, zoloft şi celexa sunt ISRS. Mai există şi două feluri mai vechi de antidepresive. Triciclicele, numite după structura lor chimică, înrâuresc serotonina şi dopamina. Elavil, anafranil, norpramin, tofranil şi pamelor sunt triciclice. Inhibitorii de monoaminooxidază (IMAO) inhibă descompunerea serotoninei, dopaminei şi norepinefrinei. Nardil şi parnate sunt inhibitori de monoaminooxidază. Altă categorie – antidepresivele atipice – include medicamente care acţionează

asupra mai multor sisteme de neurotransmiţători. Asendin, wellbutrin, serzonă şi effexor sunt antidepresive atipice.

Alegerea medicamentelor care trebuie folosite se bazează, de obicei – cel puţin iniţial –, pe efectele secundare.[105] Sperăm că se va găsi, în cele din urmă, o cale de a testa reactivitatea la anumite medicamente, dar deocamdată suntem complet incapabili s-o facem. „Există puţine baze ştiinţifice pentru a alege un anumit antidepresiv pentru un anumit pacient, cu câteva excepţii“, spune Richard A. Friedman de la Payne-Whitney Hospital, Cornell. „Reacţia anterioară la un anumit medicament este un bun factor de predicţie a reacţiei viitoare la acel medicament. Iar dacă ai un subtip aparte de depresie, depresie atipică, în care mănânci prea mult şi dormi prea mult, îţi este mai folositor un inhibitor de monoaminooxidază decât un triciclic, cu toate că cei mai mulţi medici folosesc oricum medicamentele mai noi în cazul acestor pacienţi. În afară de asta, alegi ca primă linie de acţiune un medicament ce pare să aibă puţine efecte secundare. Poţi hotărî să foloseşti un medicament mai activant, ca wellbutrin, la o persoană foarte retrasă, sau un medicament deactivant la cineva agitat – dar, mai mult de atât, nu e decât tatonare la fiecare pacient. Prospectele îţi spun că un medicament are, mai frecvent decât altul, anumite efecte secundare, dar, din experienţa mea clinică, ştiu că nu sunt diferenţe prea mari de la un medicament la altul în cadrul aceleiaşi clase în privinţa nivelurilor generale ale efectului secundar. Diferenţele dintre reacţii, la nivel individual, pot fi însă foarte pronunţate.“ Marea popularitate actuală a inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) – revoluţia prozacului – nu se datorează eficienţei superioare, ci faptului că sunt puţine efecte secundare şi că există siguranţă în utilizare. E aproape imposibil să te sinucizi cu aceste medicamente, şi acesta e un considerent important în tratarea persoanelor depresive, care ar putea, când îşi revin, să devină distructive. „Prozacul este un medicament foarte clement“, spune un om de ştiinţă de la Eli Lilly. Efectele secundare reduse înseamnă nu numai că oamenii vor accepta mai uşor să ia medicamentul, ci şi că se vor împăca mai bine cu regimul lor. Este asemenea principiului după care, dacă pasta de dinţi are gust bun, poate că spălatul pe dinţi va dura mai mult.

Unii oameni au stomacul deranjat de inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS), şi au existat din când în când raportări de dureri de cap, senzaţie de tensiune nervoasă, insomnie sau somnolenţă. Principalul lor efect secundar e însă subminarea sexualităţii. „Când iau prozac“, mi-a spus Brian D’Amato, un prieten depresiv, „ar putea să se arate lângă patul meu Jennifer

Lopez îmbrăcată în sarong,[106] şi aş întreba-o dacă vrea să mă ajute la îndosariat.“ Triciclicele şi inhibitorii de monoaminooxidază au, şi ele, efecte secundare negative pe plan sexual; dat fiind că aceste medicamente, cu toate că au dominat piaţa până către sfârşitul anilor ’80, tind să fie folosite doar la depresiile mai grave, pe lângă care efectele secundare pe plan sexual par nesemnificative, faptul că ele reduc plăcerea erotică n-a fost discutat atât de mult şi atât de amplu ca în cazul ISRS. În studiile din vremea în care a fost lansat prozacul, puţini pacienţi au raportat că el are efecte sexuale negative. În studiile ulterioare, când pacienţii au fost întrebaţi anume de problemele sexuale, un număr copleşitor dintre ei au raportat dificultăţi. Anita Clayton, de la Universitatea din Virginia, împarte trăirea sexuală în patru faze: dorinţă, preludiu, orgasm şi postludiu. Antidepresivele le afectează pe toate patru.[107] Dorinţa este compromisă de scăderea libidoului. Preludiul este redus de inhibarea excitaţiei sexuale, reducerea senzaţiilor genitale, impotenţă sau lipsa lubrifierii vaginale. Orgasmul este întârziat; unele persoane devin complet anorgasmice. Aceste efecte pot să nu apară în mod regulat, ceea ce creează confuzie: într-o zi totul merge bine, iar a doua zi apare impotenţa paralizantă, şi n-ai de unde să ştii cum o să fie până nu eşti implicat în actul însuşi. Postludiul este, desigur, destul de subminat când n-a existat dorinţă, ori preludiu, ori orgasm.

Efectele secundare sexuale sunt adesea date deoparte, ca nesemnificative, în comparaţie cu o depresie majoră, şi, conform acestui standard, chiar sunt nesemnificative. Cu toate acestea, sunt inacceptabile. Un pacient pe care l-am intervievat a spus că n-a putut avea deloc orgasm şi a descris procesul complicat de renunţare la medicamente suficient timp cât să-şi poată fecunda soţia. „Dacă ştiam ce consecinţe cumplite poate să aibă renunţarea la medicamente“, a zis, „m-aş fi ferit de ea. O, cât de bine a fost să-mi recapăt, pentru câteva zile, eul sexual! Mă întreb dacă o să mai am vreodată orgasm cu soţia mea.“ Când îţi revii prima oară după un episod de depresie, când ai alte lucruri în cap, deficienţa sexuală nu e atât de supărătoare, dar, după aceea, ideea de a scăpa de durerea insuportabilă cu preţul plăcerii erotice – păi sigur că mi s-a părut o afacere proastă. Este, de asemenea, o motivaţie pentru nerespectarea tratamentului, care este, probabil, cea mai mare problemă la tratarea depresiei. Mai puţin de 25 la sută dintre pacienţii care iau antidepresive continuă tratamentul timp de şase luni, şi o mare parte dintre cei care-l întrerup o fac din cauza efectelor secundare legate de relaţiile sexuale şi de somn.[108]

După ce se instalează efectele sexuale, urmează anxietatea sexuală, aşa încât întâlnirile erotice pot să devină momente perturbante de eşec; la persoanele afectate de această problemă, poate să apară o aversiune psihologică faţă de interacţiunea sexuală, care agravează simptomele. Cei mai mulţi dintre bărbaţii care au problema impotenţei suferă de depresie; dispariţia impotenţei poate fi suficientă pentru ieşirea din depresie. Este deopotrivă important şi dificil, după cum a observat Clayton, să scoţi la iveală problemele sexuale caracteristice psihologiei implicite care poate că a făcut ca o persoană să devină depresivă; problemele sexuale ce rezultă din depresie (99 la sută dintre persoanele cu depresie majoră raportează disfuncţii sexuale); şi problemele sexuale care sunt rezultatul terapiei cu antidepresive. Clayton subliniază nevoia de examinare neintruzivă, dar riguroasă, a pacienţilor, căutând problemele sexuale.

Despre multe substanţe se spune că ajută la contracararea efectelor secundare sexuale ale antidepresivelor:[109] antagoniştii serotoninici, ca ciproheptadină şi granisetron; antagoniştii alfa-2, ca yohimbină şi trazodon; agoniştii colinergici, ca betanecol; medicamentele care întăresc dopamina, ca bupropion, amantadină şi bromocriptină; agoniştii autoreceptori, ca buspiron şi pindolol; stimulantele, ca amfetamină, metilfenidat şi efedrină; şi extractele de plante ca gingko biloba şi L-arginină. Mici pauze – de obicei, cam trei zile – de medicamente dau câteodată rezultate pozitive. Uneori, schimbarea medicamentelor ajută la îmbunătăţirea libidoului. Nici una dintre acestea nu s-a dovedit că funcţionează nemaipomenit de bine; dar au cu adevărat un oarecare efect, diferit de la o persoană la alta. O femeie a cărei poveste apare în această carte a avut o experienţă alarmantă când i s-a prescris o combinaţie din aceste medicamente, printre care şi dexedrina: a avut un libidou atât de pronunţat, încât îi era fizic greu să participe la şedinţele obişnuite de la birou. Lucrurile au ajuns atât de departe, încât, contrar comportamentului ei firesc, făcea sex cu străini în lift. „Puteam avea trei orgasme între etajul opt şi paisprezece“, mi-a spus. „Nu mai purtam lenjerie intimă, pentru că era prea greu s-o dau jos. Tipii credeau că fac ceva uimitor – era destul de jenant pentru mine, dar simt că am ajutat cu adevărat câteva egouri masculine. Dar nu se mai putea aşa. Sunt, în esenţă, o femeie[110] foarte refulată. Nu mai sunt aşa de tânără. Nu mi se potriveau deloc toate astea.“ Câteva mici ajustări au adus-o înapoi, la un nivel controlabil al excitării sexuale. Din păcate, aceleaşi medicamente, folosite la altă pacientă pe care o cunosc, n-au avut nici un efect: „N-aş fi putut să am orgasm nici dacă aş fi fost blocată în lift timp de

patru ore cu Montgomery Clift“, mi-a spus cu tristeţe.

Injecţiile cu testosteron, administrate pentru a creşte nivelul testosteronului liber din corp, pot fi întru câtva de folos, dar sunt greu de administrat şi de controlat, iar efectele lor nu sunt cu totul clare. Cea mai strălucitoare rază de speranţă este viagra. Datorită efectelor ei fiziologice şi fizice, pare să afecteze trei dintre fazele menţionate de Clayton; singurul neajuns este că nu stimulează libidoul. În faza a doua, poate să ajute la recăpătarea încrederii în capacitatea de interacţiune sexuală, şi asta ajută la destindere, lucru care, la rândul său, ajută libidoul. Să sperăm că stimulatorii de dopamină la care se lucrează în prezent se pot ocupa de asta, dat fiind că dopamina pare să fie puternic implicată în libidou. Luată în mod regulat, viagra restabileşte şi erecţiile nocturne,[111] care adesea sunt suprimate de către antidepresive. Acest lucru poate avea un efect pozitiv asupra libidoului. S-a propus ca bărbaţii care iau antidepresive să ia viagra în fiecare seară,[112] ca agent terapeutic, chiar dacă nu au contact sexual de fiecare dată. Într-adevăr, ea poate fi un antidepresiv rapid şi eficient; nivelul înalt al funcţiei sexuale îmbunătăţeşte starea de spirit mai bine ca aproape orice altceva. Cercetările efectuate atât de Andrew Nierenberg de la Harvard, cât şi de Julia Warnock de la Universitatea din Oklahoma[113] arată că viagra, chiar dacă încă nu este aprobată oficial pentru femei, pare să aibă efecte bune asupra impulsului lor sexual şi poate facilita orgasmul. Aceasta se datorează parţial faptului că ajută clitorisul să se mărească, prin afluxul de sânge. Terapiile bazate pe hormoni dau, şi ele, rezultate bune la femeile cu disfuncţii sexuale. Menţinerea estrogenului la nivel ridicat îmbunătăţeşte starea de spirit, iar scăderile bruşte ale nivelului de estrogen pot fi devastatoare. Scăderea cu 80 la sută a estrogenului care apare la femei la menopauză are efecte puternice asupra stării de spirit. La femeile cu nivel scăzut de estrogen, apar tot soiul de probleme, iar Julia Warnock subliniază că nivelurile de estrogen trebuie normalizate înainte ca viagra să poată ajuta în vreun fel. Cu toate că este important ca la femei să nu crească prea mult nivelul testosteronului – pentru că altfel le creşte păr pe corp şi devin agresive –, testosteronul este un hormon necesar libidoului feminin şi trebuie să fie menţinut, şi el, la niveluri adecvate.

Antidepresivele triciclice acţionează asupra câtorva sisteme de neurotransmiţători, printre care acetilcolina, serotonina, norepinefrina şi dopamina. Triciclicele sunt deosebit de utile în depresia majoră sau psihotică. Inhibarea acetilcolinei are câteva efecte secundare neplăcute, printre care se

numără uscarea gurii şi a ochilor şi constipaţia. Triciclicele pot să fie, de asemenea, uşor sedative. Folosirea triciclicelor la persoane cu tulburare bipolară poate precipita mania, astfel încât trebuie să se procedeze cu multă atenţie la prescrierea lor. Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) şi bupropionul pot, şi ei, să declanşeze mania, dar sunt mai puţine riscuri s-o facă.

Inhibitorii de monoaminooxidază sunt deosebit de utili când depresia are simptome fizice acute, cum sunt durerea, scăderea energiei şi perturbarea somnului. Aceste medicamente blochează enzima care descompune adrenalina şi serotonina, crescând astfel nivelul acestor substanţe. Inhibitorii de monoaminooxidază sunt medicamente excelente, dar au multe efecte secundare. Pacienţii care le iau trebuie să evite o serie de alimente cu care au interacţiuni perturbante. De asemenea, pot afecta funcţiile corpului. Unui pacient căruia i-am luat interviu inhibitorii de monoaminooxidază i-au provocat retenţie urinară completă: „Era nevoie să ajung pe la spital ori de câte ori trebuia să urinez, ceea ce nu era deloc convenabil.“

Antidepresivele atipice exact asta sunt: atipice. Fiecare îşi are modul original de funcţionare. Effexorul stimulează atât serotonina, cât şi norepinefrina. Wellbutrinul acţionează asupra dopaminei şi norepinefrinei. Asendinul şi serzona acţionează asupra tuturor sistemelor. E la modă, în acest moment, să încerci aşa-zisele medicamente „pure“, care au efecte foarte specifice. Medicamentele „pure“ nu sunt neapărat mai eficiente decât cele „impure“; specificitatea poate fi legată, într-o anumită măsură, de controlarea efectelor secundare, dar, s-ar zice, cu cât îţi faci de lucru cu mai multe chestii prin creierul omului, cu atât mai eficient pare să fie tratamentul pentru depresie. Medicamentele „pure“ sunt create de companiile farmaceutice, care sunt entuziasmate de eliminarea contrafacerii chimice; dar aceste medicamente nu se disting prea mult pentru scopuri terapeutice.

Efectele antidepresivelor sunt imprevizibile şi nu pot fi menţinute totdeauna.[114] Totuşi, Richard A. Friedman spune: „Nu cred că eşecul total se petrece atât de des cât se pretinde. Cred că poate fi nevoie de ajustarea dozelor, că medicamentele ar putea avea nevoie de o amortizare. Psihofarmacologia necesită multă migăleală. Şi multe dintre cele care eşuează cu adevărat o fac din cauză că şi-au pierdut reacţia placebo, care tinde să fie de scurtă durată.“ Nu-i mai puţin adevărat că, la mulţi pacienţi, medicamentele nu aduc decât o ameliorare temporară. Sarah Gold, care are un istoric de depresie întins pe întreaga viaţă de adult, şi-a revenit complet cu

wellbutrin – timp de un an. A obţinut iar efectul, pentru puţin timp, cu effexor, dar şi acesta s-a pierdut în răstimp de optsprezece luni. „Oamenii au observat. Locuiam în aceeaşi casă cu câteva persoane, iar una dintre ele mi-a spus că am aura neagră şi nu poate suporta să stea în casă când eram sus, în camera mea, cu uşa închisă.“ Sarah Gold a trecut la o combinaţie de litiu, zoloft şi ativan; acum ia anafranet, celexa, risperdal şi ativan şi este „mai puţin energică, se simte mai puţin în siguranţă, dar se poate descurca“. Poate că nici una dintre medicaţii n-a putut să-i dea acea vindecare permanentă de care au parte unii, iar pentru cineva care va trebui să ia permanent medicamente este foarte demoralizant să treacă de la o soluţie a problemei la următoarea.

Câteva medicamente, cum este buSpar, care acţionează asupra anumitor nervi sensibili la serotonină, sunt folosite pentru controlarea pe termen lung a anxietăţii. Există şi medicamente cu acţiune rapidă, benzodiazepinele[115] – categorie în care intră klonopin, ativan, valiu şi xanax. Halcion şi restoril, prescrise pentru insomnie, sunt, şi ele, benzodiazepine. Aceste medicamente pot fi luate la nevoie şi reduc pe loc anxietatea. Teama de dependenţă a dus însă la o crasă subutilizare a benzodiazepinelor. Ele sunt medicamente minunate dacă sunt folosite pe termen scurt şi pot face viaţa suportabilă în perioadele de anxietate acută. Am cunoscut oameni care erau torturaţi de angoasa psihică şi ale căror chinuri ar fi putut fi uşurate dacă medicii lor ar fi fost mai îngăduitori la prescrierea benzodiazepinelor, şi n-o să uit niciodată ce mi-a spus primul meu psihofarmacolog: „Dacă devii dependent, te scoatem noi din dependenţă. Până atunci, hai să-ţi alinăm suferinţa.“ La cei mai mulţi dintre cei care iau benzodiazepine apar toleranţa şi dependenţa, ceea ce înseamnă că nu pot renunţa brusc la ele; dar nu trebuie să ia doze din ce în ce mai mari pentru a obţine foloase terapeutice. „La aceste medicamente“, spune Friedman, „dependenţa este o problemă mai ales la persoanele cu istoric de abuz de substanţe toxice. Riscul de dependenţă al benzodiazepinelor este mult supraestimat.“

În cazul meu, xanaxul a determinat dispariţia spaimei, asemenea magicianului care face să dispară iepurele. În vreme ce antidepresivele pe care le luam înainte erau lente ca zorile ce-şi revărsau puţin câte puţin lumina peste trupul meu, îngăduindu-i să revină în universul lumii ştiute, xanaxul mi-a oferit nemijlocit o extraordinară eliberare de anxietate – „un deget care astupă fisura unui dig în momentul crucial“, după cum spune James Ballenger, expert în anxietate. În cazul persoanelor care nu sunt înclinate spre

abuzuri, benzodiazepinele salvează vieţi. „Ceea ce ştie publicul larg“, spune Ballenger, „e, în mare parte, incorect. Sedarea este un efect secundar; folosirea medicamentelor ca somnifere e un abuz. Folosirea lor împotriva anxietăţii nu e aşa. Renunţarea rapidă la ele dă unele simptome, dar aşa se întâmplă cu multe, multe medicamente.“ Cu toate că benzodiazepinele pot să ajute în cazul anxietăţii, ele singure nu reduc depresia. Pot să afecteze pe termen scurt memoria. Pe termen lung, pot să aibă calităţi antidepresive, dar folosirea constantă pe termen lung trebuie atent supravegheată.

De la acea primă vizită la primul psihofarmacolog, acum şapte ani, am intrat în jocul medicamentelor. De dragul sănătăţii mele mintale, am luat, în diferite combinaţii şi diferite doze, zoloft, paxil, navan, effexor, wellbutrin, serzonă, buSpar, zyprexa, dexedrină, xanax, valiu, ambien şi viagra. Sunt norocos; reacţionez bine la medicamentele din clasa cu care am început. Cu toate acestea, pot da mărturie despre iadul tatonărilor. Experimentarea diferitelor medicamente te face să te simţi ca o ţintă pentru săgeţi. „În zilele noastre, depresia e vindecabilă“, mi s-a spus. „Iei antidepresive aşa cum iau alţii aspirină pentru durerea de cap.“ Nu-i adevărat. În zilele noastre, depresia este tratabilă; iei antidepresive aşa cum faci radiaţii pentru cancer. Uneori fac minuni, dar nici una dintre ele nu e uşoară, iar rezultatele sunt inconsecvente.

Până acum, n-am fost internat în spital, dar ştiu că s-ar putea să am cândva nevoie să fac asta. Într-un spital, primeşti de obicei medicamente şi/sau electroşocuri. O parte din ceea ce poate duce la vindecare este internarea însăşi, atenţia acordată de personal, sistemele care te apără de propriile impulsuri distructive sau sinucigaşe. Internarea nu trebuie să fie ultimul lucru la care să recurgă cei disperaţi. Este o resursă ca oricare alta şi trebuie exploatată când e necesar, dacă ţi-o permite asigurarea medicală.

Cercetătorii caută tratamentele noi în patru direcţii. Prima direcţie este trecerea cât mai mult posibil la terapiile preventive; cu cât depistezi mai repede problemele mintale de orice fel, cu atât o scoţi mai bine la capăt. A doua este creşterea specificităţii medicamentelor. Creierul are cel puţin cincisprezece receptori diferiţi ai serotoninei. Dovezile sugerează că efectele antidepresivelor depind de numai câteva dintre aceste situaţii, şi multe dintre efectele secundare supărătoare ale inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) probabil că se leagă de celelalte. A treia este găsirea de medicamente mai rapide. A patra este creşterea specificităţii legate de simptom mai degrabă decât de poziţia biologică, astfel încât să se poată elimina experimentarea pentru alegerea medicamentului. Dacă descoperim

bunăoară repere care să îngăduie identificarea subtipurilor genetice de depresie, am putea găsi tratamente adecvate acestor subtipuri. „Medicamentele existente“, spune William Potter, care a lucrat la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), „acţionează în mod prea indirect ca să le putem controla vreodată prea bine.“ Aşadar, acest fel de specificitate probabil că va rămâne nedefinit. Tulburările stării de spirit nu implică un singur semnal, de la o singură genă, ci multe gene, fiecare aducând un mic spor al riscului – care este declanşat de condiţii externe, creând o vulnerabilitate însumată.

Cel mai eficient tratament fizic pentru depresie este cel mai puţin „pur“ şi specific dintre toate. Antidepresivele sunt eficiente în circa 50 la sută din cazuri, poate un pic mai mult; electroşocurile par să aibă un impact semnificativ între 75 şi 90 la sută din cazuri. Aproximativ jumătate dintre cei cărora electroşocurile le-au ameliorat starea încă se simt bine la un an după tratament, deşi alţii necesită repetarea şedinţelor de electroşocuri sau electroşocuri de întreţinere, efectuate regulat. Electroşocurile acţionează rapid. Mulţi pacienţi se simt substanţial mai bine în decurs de câteva zile de la o şedinţă de electroşocuri – avantaj izbitor în contrast cu procesul îndelungat, lent, al reacţiei la medicamente. Electroşocurile sunt deosebit de adecvate în cazul celor cu tendinţe suicidare majore – pacienţii care se rănesc singuri în mod repetat şi a căror situaţie este, prin urmare, cât se poate de urgentă –, datorită acţiunii lor rapide şi ratei ridicate de reacţie, şi sunt folosite la femeile însărcinate, la bolnavi şi la bătrâni, deoarece nu au efectele secundare sistemice ale interacţiunii medicamentelor pe care le produc majoritatea tratamentelor medicamentoase.[116]

După obişnuitele analize de sânge, electrocardiogramă, adesea o radiografie pulmonară şi unele verificări legate de anestezie, pacientul considerat potrivit pentru electroşocuri semnează un formular de acord, care este prezentat şi familiei sale. În seara dinaintea tratamentului, pacientul nu mănâncă nimic şi i se pune perfuzie. Dimineaţa, este dus în sala de electroşocuri. După racordarea la monitoare, asistenţii medicali îi aplică gel pe tâmple şi apoi i se pun electrozii, fie pentru terapie unilaterală cu electroşocuri, doar în partea nondominantă a creierului – care e strategia preferată pentru început, de obicei emisfera dreaptă –, fie pentru terapie bilaterală cu electroşocuri. Terapia unilaterală cu electroşocuri are mai puţine efecte secundare,[117] iar cercetări recente arată că terapia unilaterală cu electroşocuri în doză mare este la fel de eficientă ca tratamentul biemisferic.

Medicul care o administrează alege, de asemenea, între stimulul reprezentat de unde sinusoidale, care dă o stimulare mai prelungită, şi stimulul reprezentat de unde nesinusoidale cu pulsaţie rapidă, care induce crize cu mai puţine efecte secundare. Se administrează intravenos un anestezic general, care adoarme complet pacientul timp de circa zece minute, precum şi un relaxant muscular pentru a preveni spasmele fizice (singura mişcare în timpul tratamentului este o uşoară agitare a degetelor de la picioare – spre deosebire de electroşocurile din anii ’50, când pacienţii se smuceau şi se răneau). Pacientul este conectat la un electroencefalograf (EEG) şi un electrocardiograf (EKG), astfel încât are loc permanent scanarea creierului şi a inimii. Apoi, un şoc de o secundă provoacă o criză în zona temporală şi în vertex, care durează, de obicei, circa treizeci de secunde – suficient ca să modifice procesele chimice cerebrale, nu suficient ca să prăjească materia cenuşie. Şocul este, de obicei, de două sute de jouli, echivalent cu cel dintr-un bec de o sută de waţi; cea mai mare parte din curent este absorbită de ţesutul moale şi de craniu, iar în creier ajunge doar o mică parte. După zece-cincisprezece minute, pacientul îşi revine în salonul de recuperare. Cei mai mulţi dintre cei care primesc electroşocuri fac zece-douăsprezece tratamente într-un interval de circa şase săptămâni. Electroşocurile sunt administrate din ce în ce mai mult în regim ambulatoriu.[118]

Scriitoarea Martha Manning şi-a descris depresia şi terapia cu electroşocuri într-o carte surprinzător de frumoasă şi de amuzantă, numită *Undercurrents*. Acum, e stabilizată pe wellbutrin, un pic de litiu, un pic de depakote, klonopin şi zoloft – „E ca şi cum aş avea în mână Rainbow Coallition[119] când mă uit la toate astea“, glumeşte ea. „Sunt o lucrare ştiinţifică fără termen de predare.“ A avut o experienţă intensă şi prelungită cu electroşocuri în faza cea mai gravă a depresiei. S-a dus la spital pentru tratament în ziua în care a căutat adresa unui magazin de arme, ca să se sinucidă. „Nu voiam să mor pentru că mă uram; voiam să mor pentru că mă iubeam destul de mult ca să vreau să se isprăvească această suferinţă. În fiecare zi, mă rezemam de uşa băii fiicei mele şi o ascultam cântând – avea unsprezece ani şi totdeauna cânta sub duş –, şi aceasta era o invitaţie să mai aştept o zi până s-o fac. Pur şi simplu, nu reuşeam să-mi pese destul, dar am înţeles brusc că, dacă fac rost de un pistol şi-l folosesc, o să pun capăt cântecului acelui copil. Aveam s-o fac să amuţească. Şi, în ziua aceea, m-am înscris la electroşocuri. Era ca şi cum i-aş fi spus, în cele din urmă, «unchiule» celui care m-a trântit la pământ. Am făcut tratamentul câteva săptămâni – după fiecare rundă, mă trezeam

mahmură, cerând o cola dietetică, ştiind că o să fie o zi de felul celor cu tylenol.“

Electroşocurile au, într-adevăr, ca rezultat perturbarea memoriei pe termen scurt şi pot să afecteze memoria pe termen lung. De obicei, perturbările sunt temporare, dar unii pacienţi au rămas cu un deficit permanent de memorie. O femeie pe care am cunoscut-o, avocat pledant, s-a trezit după electroşocuri că nu-şi mai aminteşte deloc de facultate. Nu-şi putea aminti nimic din ceea ce a învăţat, nici unde anume a învăţat, nici pe cine a cunoscut în timpul studiilor. Acest lucru este extrem şi se întâmplă rar – dar se întâmplă. Electroşocurile au fost asociate, conform unui studiu, şi cu decesul unui pacient la zece mii, de obicei din cauza problemelor cardiace de după tratament. Nu este cu totul limpede dacă acele decese coincid cu electroşocurile sau sunt cauzate de ele.[120] Tensiunea sangvină creşte în mod semnificativ în timpul electroşocurilor. Electroşocurile nu par să provoace vătămări fiziologice; de fapt, Richard Abrams, autorul unei cărţi fundamentale despre electroşocuri, descrie un pacient care a primit peste 1.250 de electroşocuri bilaterale şi al cărui creier, când a decedat, la optzeci şi nouă de ani, era în stare perfectă. „Pur şi simplu, nu există dovezi – şi, teoretic, nici un risc – ca electroşocurile, aşa cum sunt administrate actualmente, să fie capabile să producă vătămări ale creierului“,[121] scrie el. Multe dintre efectele secundare pe termen scurt – inclusiv ameţeala şi greaţa – vin de la anestezia care se foloseşte la electroşocuri, nu de la electroşocurile înseşi.

Electroşocurile continuă să fie tratamentul cel mai stigmatizat. „Te simţi ca Frankenstein acolo, pe masă“, spune Martha Manning. „Şi lumea nu vrea să audă de ele; nimeni nu-ţi aduce sufertaşe cu mâncare când eşti internat pentru electroşocuri. Te izolează cu-adevărat de familie.“ Poate fi traumatizant, la nivel conceptual, şi pentru pacient. „Ştiu că dă rezultate“, spune cineva care lucrează în domeniul sănătăţii mintale. „Am văzut cu ochii mei că dă rezultate. Dar gândul de a pierde amintiri preţioase cu copiii şi cu familia – ştii, n-am părinţi şi n-am soţ. Cine *găseşte* pentru tine acele amintiri? Cine-ţi spune despre ele? Cine o să-şi amintească reţeta aia specială de plăcintă pe care am făcut-o noi acum cincisprezece ani? Mi-ar spori depresia dacă aş fi mai lipsită de visuri. Amintirile sunt cele care mă ajută să străbat zilele, gândurile la iubirea din trecut.“

Pe de altă parte, electroşocurile pot fi uimitor de eficiente. „Înainte eram conştientă de fiecare înghiţitură de apă, că e un efort prea mare“, spune Martha Manning. „Apoi, mi-am zis, oare oamenii normali se simt aşa tot

timpul? E ca şi cum nu ţi-ar fi picat fisa întreaga ta viaţă la o glumă straşnică.“ Şi efectele sunt, de obicei, rapide. „Simptomele vegetative au pierit; apoi mi-am simţit corpul mai uşor; apoi *chiar* am vrut un sendviş Big Mac“, spune ea. „M-am simţit, o vreme, ca şi cum fusesem lovită de un camion, dar asta era, în comparaţie, mai puţin rău.“ Martha Manning este extraordinară. Mulţi oameni care fac terapie cu electroşocuri se împotrivesc ideii că este utilă, mai ales dacă s-au ales cu deficite trecătoare ale memoriei, sau dacă refacerea propriei vieţi a fost treptată. Două cunoştinţe ale mele au făcut electroşocuri la începutul anului 2000. Amândouă atinseseră nivelul cel mai de jos – nu erau în stare să se scoale din pat ori să se îmbrace, erau veşnic sleite de puteri, extrem de negative în privinţa vieţii, neinteresate de mâncare, incapabile de muncă şi cu dese impulsuri sinucigaşe. Au făcut electroşocuri la distanţă de câteva luni una faţă de alta. Prima a suferit, după tratamente, o pierdere a memoriei evidentă şi gravă – fusese inginer, iar acum nu-şi putea aminti cum funcţionează un circuit. Cea de-a doua a rămas la fel de mohorâtă cum fusese, deoarece încă se confrunta cu probleme reale din viaţa ei. Memoria inginerului a început să revină la suprafaţă după vreo trei luni, şi, până la sfârşitul anului, se scula din pat, ieşea în lume, îşi reluase lucrul şi funcţiona bine. A spus că a fost „probabil o coincidenţă“. A doua a făcut a doua serie a tratamentului, deşi susţinea că prima serie nu-i fusese de nici un folos. După a doua serie, personalitatea a început să-i revină, şi, până în toamnă, nu numai că avea o slujbă, ci şi un nou apartament şi un prieten. A continuat să spună că electroşocurile fuseseră mai degrabă supărătoare decât utile, până ce i-am sugerat, în cele din urmă, că ceea ce electroşocurile îi şterseseră din memorie era cum fusese ea înainte de tratament. Când a apărut cartea Marthei Manning, locurile în care ea făcea lecturi au fost pichetate de oameni care se împotriveau „controlului electronic al minţii“[122]. Au fost date legi împotriva electroşocurilor în multe state din SUA; metodologia de tratament face obiectul abuzurilor şi nu e potrivită tuturor, şi, cu siguranţă, nu trebuie folosită fără a ţine seama de nimic sau fără consimţământul total al pacientului – dar poate fi un lucru miraculos.

De ce dau rezultate electroşocurile? Nu ştim. Se pare că au asupra dopaminei un efect puternic de întărire şi stimulează, de asemenea, toţi ceilalţi neurotransmiţători. După cum poate să influenţeze şi metabolismul din cortexul frontal. Electricitatea de înaltă frecvenţă pare să ridice nivelul metabolic; electricitatea de joasă frecvenţă poate să scadă nivelul metabolic. Nu e, desigur, limpede dacă depresia este unul dintre numeroasele simptome

ale hipometabolismului, depresia agitată un simptom al hipermetabolismului, sau dacă ambele tipuri de depresie şi aceste alterări ale metabolismului sunt funcţii ale altei modificări din creier. Electroşocurile coboară temporar bariera hematoencefalică. Efectele electroşocurilor nu se limitează la cortexul frontal; chiar şi funcţiile trunchiului cerebral sunt afectate temporar de sarcina electrică.

Am hotărât să nu renunţ la medicamente. Nu sunt sigur că sunt dependent, dar depind de ele: fără medicamente, aş risca apariţia simptomelor de boală. E o linie subţire. Am pus pe mine kilograme care nu mă avantajează. Mă pomenesc cu urticarii ciudate, fără motiv vizibil. Transpir mai mult. Memoria mea, care n-a fost niciodată strălucită, este puţin perturbată: uit adesea ce spun – în mijlocul unei fraze. Am de multe ori dureri de cap. Din când în când, am crampe musculare. Impulsurile sexuale vin şi pleacă, iar funcţia mea sexuală e inconsecventă: un orgasm este, în prezent, o ocazie specială. Nu e starea ideală, dar pare să fi înălţat un zid real între mine şi depresie. Ultimii doi ani sunt, fără discuţie, cei mai buni dintr-un deceniu. Încetişor, o să-mi revin cu totul. Când, nu demult, mi-au murit doi prieteni, amândoi în accidente stranii, am fost cumplit de trist, dar n-am simţit că-mi alunec din mâini, şi să simt doar jalea a fost aproape o satisfacţie (ştiu că sună groaznic, dar, într-un fel egoist, e adevărat).

Problema funcţiilor pe care le slujeşte depresia în lumea în care trăim nu este chiar aceeaşi cu problema funcţiilor pe care le au antidepresivele. James Ballenger, expert în anxietate, spune: „Suntem cu douăzeci şi cinci de centimetri mai înalţi decât eram înainte de al Doilea Război Mondial şi mult mai sănătoşi, şi trăim mai mult. Nimeni nu se plânge de această schimbare. Când îndepărtezi o infirmitate, oamenii caută şi găsesc mai multe, şi bune, şi rele.“ Şi acesta, cred, e cu adevărat răspunsul la întrebarea pe care mi-a pus-o aproape fiecare persoană menţionată în cartea de faţă. „Medicamentele astea nu-ţi întunecă viaţa?“ Nu. Ceea ce fac este să-ţi îngăduie să ai durerea în locuri mai importante, mai bune, din motive mai profunde.

„Ai douăsprezece miliarde de neuroni“, spune Robert Post, şeful Departamentului Psihiatric al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală. „Fiecare are între o mie şi zece mii de sinapse, şi toate se schimbă în mare viteză. Să le faci pe toate să funcţioneze atât de bine, încât oamenii să fie nespus de fericiţi tot timpul – mai avem cale lungă, lungă, până acolo.“ James Ballenger zice: „Nu am impresia că nivelul suferinţei din univers a scăzut prea mult, cu *toate* îmbunătăţirile noastre, şi nu cred c-o să ajungem prea

curând la un nivel tolerabil. Controlul minţii nu trebuie să ne preocupe în prezent.“

Normal este un cuvânt care-i obsedează pe depresivi. Depresia e oare normală? Am citit în studii despre grupuri de persoane normale şi depresive; despre medicamente care ar putea „să normalizeze“ depresia; despre grupuri de simptome „normale“ şi „atipice“. Una dintre persoanele pe care le-am întâlnit în cursul acestei cercetări mi-a spus: „La început, când au apărut aceste simptome, am crezut că-nnebunesc. A fost o mare uşurare să descopăr că era doar o depresie clinică şi că acest lucru era, în esenţă, normal.“ Era, desigur, în esenţă, calea normală către nebunie; depresia este o boală mintală, şi, când eşti în ghearele ei, eşti sărit de pe fix, ţăcănit, îţi filează o lampă, ai pitici pe creier.

La un cocktail, la Londra, am întâlnit o cunoştinţă şi i-am spus, în treacăt, că scriu cartea asta. „Am avut o depresie cumplită“, a spus ea. Am întrebat-o ce a făcut ca să-şi revină. „Nu mi-a plăcut ideea să iau medicamente“, a zis. „Mi-am dat seama că problema mea era legată de stres. Aşa că am hotărât să elimin din viaţa mea toate motivele de stres.“ A numărat pe degete: „Am renunţat la serviciu. M-am despărţit de prietenul meu şi nu mi-am mai căutat altul. Am renunţat la colocatarul meu şi acum locuiesc singură. Nu mă mai duc la petreceri care ţin până târziu. M-am mutat într-o locuinţă mai mică. Am renunţat la majoritatea prietenilor. Am renunţat, în mare măsură, la machiaj şi la îmbrăcăminte.“ Mă uitam la ea. Îngrozit. „Sună rău, dar sunt mult mai fericită acum şi mult mai puţin speriată decât înainte.“ Părea tare mândră de ea. „Şi am făcut-o fără medicamente.“

Cineva care era în grupul nostru a prins-o de braţ. „E o sminteală totală. E cel mai smintit lucru pe care l-am auzit vreodată. Trebuie să fii smintită să faci aşa ceva vieţii tale“, i-a spus. E sminteală să eviţi comportamentele care te scot din minţi? Ori e sminteală să iei medicamente ca să poţi duce în continuare o viaţă care te scoate din minţi? Aş putea să-mi restrâng viaţa şi să fac mai puţine lucruri, să călătoresc mai puţin, să cunosc mai puţină lume şi să evit să scriu cărţi despre depresie – şi poate că, dacă aş face aceste schimbări, n-aş mai avea nevoie de medicamente. Aş putea să-mi trăiesc viaţa între graniţele lucrurilor pe care le pot tolera. Nu este lucrul pentru care am optat în primul rând, dar e, cu siguranţă, o opţiune rezonabilă. A trăi cu depresia e ca şi cum ai încerca să-ţi ţii echilibrul când dansezi cu o capră – eşti perfect sănătos la cap dacă preferi un partener cu mai mult simţ al echilibrului. Şi totuşi, viaţa pe care am dus-o, plină de aventuri şi

complexitate, îmi dă atâta satisfacţie, încât n-aş putea suporta să renunţ la ea. Aş detesta asta mai mult ca aproape orice altceva. Aş lua mai degrabă de trei ori mai multe pilule ca acum decât să-mi înjumătăţesc cercul de prieteni. Unabomber[123] – ale cărui tehnici de comunicare a susceptibilităţii sale luddite erau dezastruoase, dar ale cărui intuiţii legate de primejdiile tehnologiei erau corecte – scria în manifestul său: „Închipuiţi-vă o societate care le impune oamenilor condiţii care-i fac cumplit de nefericiţi, apoi le dă medicamentele care să le alunge nefericirea. O chestie ştiinţifico-fantastică? Se întâmplă deja […]. De fapt, antidepresivele sunt o modalitate de modificare a stării interne a unui individ astfel, încât să-l facă să suporte condiţiile sociale pe care altfel le-ar socoti insuportabile.“[124]

Când am văzut prima oară depresia clinică, n-am recunoscut-o; de fapt, nici măcar n-am observat-o. Era în vara de după primul an de facultate, şi câţiva dintre noi eram într-o casă în care familia mea îşi petrece vara. Buna mea prietenă Maggie Robbins era şi ea acolo, fermecătoarea Maggie, întotdeauna scânteind de energie. Maggie avusese în primăvară o cădere psihotico-maniacă şi fusese internată două săptămâni. Acum părea că şi-a revenit. Nu mai spunea aiureli despre găsirea de informaţii secrete în pivniţa bibliotecii şi că trebuia să se urce clandestin într-un tren către Ottawa, aşa că am presupus cu toţii că e sănătoasă la cap: tăcerile ei îndelungate la acel sfârşit de săptămână estival păreau chibzuite şi adânci, ca şi cum ar fi învăţat să-şi cântărească valoarea cuvintelor. Era ciudat că nu-şi adusese un costum de baie – de-abia după câţiva ani mi-a spus că simţise că nu suportă să fie atât de goală, şi vulnerabilă, şi fără apărare, cum ar fi fost fără toate hainele pe ea. Noi, cu toţii, ne bălăceam jucăuşi, zvăpăiaţi şi imaturi. Maggie şedea pe trambulină, într-o rochie de bumbac cu mâneci lungi, şi se uita la veselia aceea şi-şi trăgea genunchii la piept. Eram acolo şapte, şi bătea soarele, şi numai mama a spus (adresându-mi-se doar mie) că Maggie pare extrem de retrasă. Habar n-aveam ce eforturi făcea Maggie, nici cea mai mică idee n-aveam despre ce se silea să rabde. N-am remarcat cearcănele întunecate pe care trebuie să le fi avut sub ochi, cele pe care am învăţat de atunci încoace să le caut. Îmi amintesc că o necăjeam cu toţii că nu înoată, că pierde distracţia, până ce, în cele din urmă, s-a ridicat în picioare pe trambulină şi a plonjat, cu rochie cu tot. Îmi amintesc de hainele grele care s-au lipit de ea în vreme ce a înotat o lungime de piscină, după care s-a îndreptat îngreunată, udă din cap până-n picioare, către casă ca să-şi ia îmbrăcăminte uscată, iar apa picura în iarbă. De-abia după câteva ore am găsit-o înăuntru, dormind din nou.

Nepreamâncând la cină, mi-am zis că nu-i place biftecul, ori că are grijă să nu se îngraşe. Destul de ciudat, îmi amintesc că a fost un sfârşit de săptămână fericit, şi am fost şocat când Maggie mi-a povestit că ce trăise ea e boală.

După cincisprezece ani, Maggie a suferit cea mai gravă depresie pe care am văzut-o vreodată. Cu o nepricepere uluitoare, medicul ei i-a spus că, după cincisprezece ani în care s-a simţit bine, ar putea încerca să renunţe la litiu, ca şi cum s-ar fi produs vindecarea, iar tulburarea bipolară gravă i-ar fi fost eliminată din corp. Ea şi-a redus treptat doza. S-a simţit minunat. A slăbit, şi mâinile în sfârşit nu-i mai tremurau, şi a regăsit ceva din vechea energie de tip Maggy, energia pe care o avea când mi-a spus prima oară că scopul vieţii ei e să fie cea mai renumită actriţă din lume. Apoi, a început să se simtă inexplicabil de minunat tot timpul. Am întrebat-o cu toţii dacă n-o îngrijorează faptul că devine un piculeţ necugetată, dar ne-a asigurat că nu s-a simţit de ani de zile aşa bine. Asta ar fi trebuit să ne spună tot ce trebuia să ştim: să te simţi atât de bine nu-i lucru bun. Nu-i era prea bine. Nu-i era bine deloc. În răstimp de trei luni, a ajuns la concluzia că Dumnezeu o călăuzeşte şi are misiunea să salveze lumea. Un prieten a pus piciorul în prag şi, când n-a putut să dea de psihiatrul ei, a găsit altul, care a făcut-o să ia din nou medicamente. În lunile care au urmat, ea s-a prăbuşit în depresie. În toamna următoare, s-a înscris la cursuri postuniversitare. „Cursurile postuniversitare mi-au dat o mulţime de lucruri; în primul rând, mi-au dat timpul şi spaţiul şi alocaţiile ca să am încă două episoade de depresie“, glumea ea. În semestrul al doilea a avut o uşoară hipomanie, apoi a avut o depresie moderată; iar la sfârşitul celui de-al patrulea semestru mania totală i-a urcat ca săgeata, iar apoi a plonjat într-o depresie atât de adâncă, încât părea fără margini. Mi-o amintesc pe Maggie în mansarda unui prieten, încolăcită strâns pe canapea, crispându-se de parcă îi vâra cineva aşchii de bambus pe sub unghii. Nu ştiam ce să facem. Părea că nu mai poate vorbi deloc; când am reuşit, în cele din urmă, să scoatem de la ea câteva cuvinte, de-abia se înţelegeau. Din fericire, părinţii ei învăţaseră, în decursul anilor, totul despre tulburarea bipolară, şi în seara aceea am ajutat-o să se mute la ei acasă. De atunci, nici unul dintre noi n-a mai văzut-o timp de două luni, căci stătea acolo, într-un colţ, şi nu se clintea zile întregi. Eu trecusem prin depresie şi voiam s-o ajut, dar nu putea vorbi la telefon şi nu voia vizitatori, iar părinţii ei ştiau destul ca s-o lase să tacă în voie. Mă simţisem în contact mai apropiat cu morţii. „N-o să mai trec *niciodată* prin asta“, a spus ea. „Ştiu că aş face *tot* ce ar trebui să fac ca să evit asta, ştiu că *refuz* categoric.“

Acum, Maggie e bine, cu depakote, şi litiu, şi wellbutrin şi, cu toate că are la îndemână xanax, n-a avut nevoie de el de multă vreme. A terminat cu klonopinul şi paxilul pe care le lua la început. O să ia medicamente permanent. „Aveam nevoie să-mi dezvolt modestia de a spune: «O, poate că unii dintre oamenii care au hotărât să ia medicamente sunt ca mine, şi aveau de gând ca niciodată, absolut niciodată în viaţa lor să nu ia medicamente, indiferent din ce motiv. Şi apoi au luat, şi asta i-a ajutat.»“ Scrie şi creează lucrări de artă; are un serviciu în timpul zilei, ca redactor la o revistă. Nu vrea o slujbă mai importantă în timpul zilei. Vrea siguranţă, şi asigurare de sănătate, şi un loc în care nu trebuie să fie strălucitoare tot timpul. Când cade pe gânduri – sau se înfurie –, scrie poezii despre un alter ego pe care şi l-a creat pentru sine şi pe care l-a numit Suzy. Unele dintre poeziile ei sunt despre cum e să fii maniac. Altele, sunt despre cum e să fii depresiv:

Cineva stă în baie,
privind ţintă în ochii lui Suzy.
Cineva care arată ca nişte voci
pe care Suzy nu le recunoaşte.
Cineva care trăieşte în oglindă,
Un chip umflat, care plânge, şi plânge.

Ţeasta lui Suzy e ticsită şi zvâcneşte.
Dinţii lui Suzy se clatină.
Mâinile lui Suzy sunt încete şi tremură,
acoperind paharul cu spumă.
Suzy a învăţat într-o vară nodurile.
Suzy nu ştie să înnoade.

Suzy simte un văl cum se ridică.
Suzy aude un văl cum se sfâşie.
Apoi, adevărul zace, prins în ace, în faţa ei –
gol şi zbătându-se, stârnit, sfârşit.
Ghearele foamei sunt tot ce e sigur,
Tot ce ne e dat când venim pe lume.

„Când aveam opt ani“, mi-a spus, „am hotărât că sunt Maggie. Îmi amintesc că am făcut asta la şcoală, pe coridor, zicând: «Ştii, eu sunt Maggie. Şi pur şi simplu o să fiu întotdeauna eu. Asta sunt eu, acuma, cea care o să fiu. Am fost altfel, deoarece nici măcar nu-mi pot aminti o parte din viaţa

mea, dar de acum încolo o să fiu pur şi simplu eu.» Şi aşa a fost. Şi acela a fost simţul identităţii mele. Sunt aceeaşi persoană. Pot să privesc înapoi şi să zic: «O, Doamne, nu pot să cred c-am făcut tâmpenia aia la şaptesprezece ani.» Dar eu am făcut-o. N-am nici o discontinuitate în mine.“

A avea un simţ neschimbat al eului, cu tot prejudiciul pricinuit de boala maniaco-depresivă, dovedeşte o mare putere. Maggie a ajuns în stadii în care voia să fie eliberată de acest eu consecvent. În acea depresie cutremurătoare, aproape catatonică, spune ea, „zăceam în pat, cântând iar şi iar «Unde s-au dus toate florile»,[125] ca să-mi ţin mintea ocupată. Îmi dau seama acum că aş fi putut să iau alte medicamente, sau aş fi putut să rog pe cineva să doarmă în camera mea, dar îmi era prea rău ca să mă gândesc la asta. N-aş putea spune ce mă speria atât de mult, dar mi se părea că o să explodez de agitaţie. Mă duceam mai jos şi tot mai jos. Noi tot schimbam medicamentele, iar eu tot mai jos mă duceam. Îi credeam pe doctorii mei; întotdeauna am fost de acord cu ideea că, în cele din urmă, o să revin la normal. Dar nu puteam să aştept; nu puteam trece nici măcar peste următorul minut. Cântam, ca să acopăr lucrurile pe care mi le spunea mintea mea, şi anume: «Eşti – nici măcar nu meriţi să trăieşti. Nu valorezi nimic. N-o să fii niciodată ceva. Eşti nimeni.» Şi atunci, am început să mă gândesc serios să mă omor. Îmi mai trecuse prin cap şi înainte, dar acum chiar o plănuiam. Aveam aproape mereu imaginea înmormântării mele. Pe vremea când stăteam cu părinţii, am avut această imagine completă a mea ducându-mă pe acoperiş şi apoi trecând de margine, într-o cămaşă de noapte. Era o alarmă la uşa către acoperiş, şi eu aş fi declanşat-o, dar n-avea importanţă; aveam să trec de margine înainte să poată ajunge cineva acolo. Nu puteam risca să ratez. Am ales cămaşa de noapte pe care aveam s-o port. După care, a apărut o rămăşiţă a respectului meu faţă de mine şi mi-a amintit cât de mulţi oameni ar fi trişti dacă aş face asta, şi n-am putut suporta responsabilitatea de a provoca atâtea ore de tristeţe pe cap de om. A trebuit să recunosc faţă de mine agresiunea pe care sinuciderea le-ar produce-o celorlalţi.

Cred că am reprimat o mare parte din amintirea aceasta. Nu pot ajunge la ea; e imposibil să-mi amintesc, deoarece n-are sens. Dar îmi pot aminti anumite părţi din apartament, şi cât de rău m-am simţit acolo. Şi-mi pot aminti faza care a urmat, când mă gândeam tot timpul la bani. Aţipeam, şi mă trezeam îngrijorată; nu puteam scăpa de asta. Nu era prea raţional – în vremea aceea, nu aveam probleme financiare. Mă gândeam: «Şi dacă n-o să am prea mulţi bani peste zece ani?» Nu există nici o relaţie între frica şi neliniştea din

viaţa mea normală şi soiul acela de frică sau nelinişte pe care-l simţeam în acel moment. Are cu totul altă calitate, nu doar cantitate. O, au fost vremuri cumplite. În cele din urmă, am avut judecata cea bună de a schimba doctorii. Şi atunci, am primit xanax. Luam o jumătate de miligram, sau cam aşa ceva, şi mă simţeam ca şi cum podul palmei unui uriaş mi s-ar fi proptit în şold, iar restul mâinii mi-ar fi apăsat coastele, cu degetele pe umărul meu. Mâna aceea mă înfunda în pat cu vreo cinci centimetri. Şi apoi adormeam, în cele din urmă. Eram îngrozită să nu ajung dependentă, dar doctorul m-a asigurat că nu – nu luam nici pe departe destul pentru asta – şi a spus că, şi dacă aş fi ajuns, avea să mă scoată din dependenţă când voi fi în stare să-mi gestionez mai bine viaţa. Aşa că mi-am zis: «Bine, n-o să mă gândesc la asta; pur şi simplu, o s-o fac».

În depresie, nu crezi că ai pus pe tine un văl cenuşiu şi te uiţi la lume prin ceaţa unei stări de spirit proaste. Crezi că un văl a fost luat, vălul fericirii, şi acum vezi cu adevărat. Încerci să fixezi adevărul şi să-l demontezi, şi crezi că adevărul e un lucru bătut în cuie, însă adevărul e un lucru viu şi aleargă de colo-colo. Poţi exorciza demonii schizofrenicilor care simt că e în ei ceva străin. Dar e mult mai greu cu persoanele depresive, pentru că noi credem că vedem adevărul. Însă adevărul minte. Mă uit la mine şi-mi zic: «Sunt divorţată», şi pare că-i cel mai cumplit lucru. În vreme ce aş putea să gândesc: «Sunt divorţată!» şi să mă simt grozav şi liberă. O singură remarcă mi-a fost cu adevărat folositoare prin toate astea. O prietenă a spus: «N-o să fie întotdeauna aşa. Încearcă să-ţi aminteşti pur şi simplu asta. E aşa în acest moment, dar n-o să fie totdeauna aşa». Celălalt lucru pe care l-a spus, care mi-a fost şi el de ajutor, a fost: «Depresia e cea care vorbeşte. Vorbeşte prin tine.»“

Medicamentele şi celelalte terapii sunt cele mai accesibile tratamente pentru depresie, însă mai este un sistem care a ajutat mulţi oameni să facă faţă bolii – şi acela este credinţa. Conştiinţa umană poate fi socotită ca înscrisă între laturile unui triunghi: latura teologică, cea psihologică şi cea biologică. Este enorm de greu să scrii despre credinţă, deoarece conţine deopotrivă ceea ce este de negândit şi ceea ce este de nedescris. În plus, credinţa din lumea modernă tinde să fie foarte personală. Cu toate acestea, credinţa religioasă este una dintre principalele modalităţi prin care oamenii se acomodează cu depresia. De obicei, nu-i poate scoate din depresie; de fapt, chiar şi cei mai credincioşi constată că, în punctul cel mai de jos al depresiei, credinţa le slăbeşte sau le piere. Totuşi, ea poate să apere de boală şi-i poate

ajuta pe oameni să supravieţuiască perioadelor depresive. Oferă motive de a trăi. O mare parte a religiei ne dă posibilitatea de a considera suferinţa drept un lucru de laudă. Ne oferă – în neajutorarea noastră – demnitate şi scop. Multe dintre ţelurile terapiei cognitive şi analitice sunt atinse prin sistemele de credinţă care stau la baza principalelor religii ale lumii – reorientarea energiei în afara eului, descoperirea respectului de sine, răbdarea, amploarea înţelegerii. Credinţa e un dar imens. Oferă multe avantaje ale unor raporturi lăuntrice, fără a fi condiţionată de bunul plac al unei persoane, chiar dacă, după cum bine ştim, Dumnezeu însuşi e renumit pentru capriciile Sale. Există o divinitate care conferă o primă formă – brută – finalităţilor noastre, orice formă le-am da noi. Nădejdea e o mare forţă profilactică, iar credinţa, în esenţa ei, oferă speranţă.

Supravieţuieşti depresiei printr-o credinţă în viaţă la fel de abstractă ca orice sistem de credinţă religioasă. Depresia este cel mai cinic lucru din lume, dar este şi originea unui gen de credinţă. S-o suferi şi să ieşi la liman ca tine însuţi înseamnă să descoperi că ceea ce n-ai avut curajul să speri se prea poate să se fi dovedit adevărat. Discursul credinţei, la fel cu cel al iubirii romantice, are dezavantajul că poartă în el potenţialul dezamăgirii: depresia înseamnă pentru mulţi oameni acea încercare de a fi izgonit de Dumnezeu sau părăsit de El, şi multe dintre persoanele care au fost depresive spun că nu pot crede într-un Dumnezeu care-i loveşte pe cei din turma Sa cu atâta cruzime, atât de inutil. La majoritatea credincioşilor însă, această supărare faţă de Dumnezeu dispare odată cu depresia. Dacă etalonul tău e credinţa, te întorci la el, aşa cum te întorci la orice altă normă. Sistemele religioase oficiale sunt exterioare felului în care am fost crescut şi experienţei mele, dar mi-e greu să evit impresia de intervenţie exterioară care ne caracterizează prăbuşirea şi ridicarea. E un lucru simţit prea profund ca să fie un act lipsit de dumnezeire.

Ştiinţa opune rezistenţă aprofundării atente a relaţiei dintre religie şi sănătatea mintală, în principal din motive metodologice. „Când ajungi la lucruri ca meditaţia sau rugăciunea, care este standardul de comparaţie adecvată pentru un test «dublu legat la ochi»?“ întreabă Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală. „Rugăciunile către Dumnezeul cel fals? Este problema fundamentală la testarea valorii terapeutice a rugăciunii.“ Preotul este, pe lângă orice altceva, chipul mai acceptabil al unui terapeut. Într-adevăr, Tristan Rhodes, un preot pe care-l cunosc, a spus că a tratat timp de câţiva ani o femeie cu depresie de tip psihotic care refuza psihoterapia, dar venea la spovedanie în fiecare

săptămână. I-a spus poveştile ei; apoi, el a discutat informaţiile esenţiale cu un prieten psihiatru; după care i-a spus femeii părerile împărtăşite de psihiatru. Ea a primit în termenii cei mai expliciţi sprijinul psihiatric al contextului religios.

În cazul lui Maggie Robbins, credinţa şi boala au coincis. A devenit membră a Bisericii Anglicane – în unele momente, chiar foarte evlavioasă. Se duce mereu la biserică: în cele mai multe dintre zilele de lucru, la slujba de seară, uneori, duminica, la două slujbe (una pentru împărtăşanie şi alta doar ca să asculte), la un curs de studiere a Bibliei în zilele de luni, iar în restul timpului la diverse activităţi în parohie. Face parte din colectivul de redacţie al revistei parohiale, a predat la şcoala de duminică şi a pictat decorurile pentru concursul de frumuseţe organizat de Crăciun. Spune: „Ştii, Fénelon a scris: «Coboară-mă ori înalţă-mă; ador toate scopurile Tale.» Chietismul poate fi erezie, dar acea idee este unul dintre principiile de bază ale credinţei mele. Nu-i nevoie să înţelegi ce se întâmplă. Înainte, gândeam că trebuie să pricepem ceva din viaţă, chiar dacă e lipsită de sens. Nu e lipsită de sens. Depresia te face să crezi anumite lucruri: că n-ai nici o valoare şi că ar trebui să fii mort. Cum poţi reacţiona la asta altfel decât crezând în altceva?“ Acestea fiind spuse, în fazele cele mai rele ale depresiei religia n-a ajutat-o cine ştie cât pe Maggie Robbins. „Când mi-a fost ceva mai bine, mi-am amintit: «O, da, religia – de ce n-am folosit asta ca să mă ajute?» Dar nu m-a putut ajuta când eram cel mai jos.“ Nimic n-a putut. Rugăciunea de seară o linişteşte şi o ajută să ţină în frâu haosul depresiei. „E o structură atât de puternică“, spune ea. „Te ridici şi spui aceleaşi rugăciuni în fiecare seară. Cineva a stabilit ce să-i spui lui Dumnezeu şi alţi oameni o spun împreună cu tine. Aşez aceste ritualuri ca să-mi conţină trăirea. Liturghia e ca scândurelele unei cutii; textele din Biblie, şi în special din Psaltire, sunt considerate o cutie extrem de bună ca să pui în ea trăirile. Mersul la biserică înseamnă o mulţime de practici legate de atenţie care te fac să avansezi spiritual.“ În unele feluri, acest lucru pare pragmatic: nu e vorba de credinţă, ci de planificare, şi asta se poate obţine la fel de bine într-un curs de gimnastică aerobică. Maggie recunoaşte că asta e parţial adevărat, dar neagă ruptura dintre partea spirituală şi cea utilitară. „Sunt sigură că se poate obţine aceeaşi profunzime cu ajutorul altor religii şi cu ajutorul altor lucruri decât religia. Creştinismul e doar unul dintre modele. E doar un model, şi, când stau de vorbă despre experienţele mele religioase cu terapeutul sau despre experienţele de terapie cu îndrumătorul meu spiritual, acele modele se dovedesc foarte asemănătoare.

Îndrumătorul meu spiritual mi-a spus de curând că Duhul Sfânt îmi foloseşte tot timpul inconştientul! În terapie, învăţ să zidesc egoului hotare; la biserică, învăţ să renunţ la ele şi să devin una cu universul, sau cel puţin o parte din trupul lui Cristos. Învăţ să le tot zidesc şi să renunţ la ele, până ce ajung s-o pot face aşa“ – şi pocneşte din degete.

„Conform învăţăturii creştine, nu ţi se îngăduie să-ţi iei viaţa, căci viaţa ta nu-ţi aparţine. Eşti administratorul vieţii şi trupului tău, dar ele nu sunt ale tale, ca să le poţi distruge. Nu ajungi să te războieşti cu toate dinăuntrul tău; crezi că te războieşti cu celelalte personaje, cu Isus Cristos, şi cu Dumnezeu Tatăl, şi cu Sfântul Duh. Biserica este un exoschelet pentru cei al căror endoschelet a fost măcinat de boala mintală. Te torni în el şi te adaptezi formei lui. Îţi creşte o coloană vertebrală în el. Individualismul, această rupere a noastră de orice altceva, a discreditat viaţa modernă. Biserica spune că trebuie să acţionăm mai întâi în comunităţile noastre, apoi ca membri ai trupului lui Cristos, apoi ca membri ai omenirii. Nu-i deloc potrivit cu America secolului al XXI-lea, dar e extrem de important. Preiau de la Einstein ideea că oamenii acţionează sub influenţa unei «iluzii optice» că fiecare dintre ei e separat de ceilalţi, de restul lumii materiale şi de univers – când, de fapt, suntem cu toţii părţi din univers legate între ele. Pentru mine, creştinismul înseamnă să studiez din ce este alcătuită iubirea adevărată, iubirea folositoare – şi ce anume înseamnă atenţia. Creştinismul – aşa cred oamenii – se împotriveşte plăcerii, şi uneori chiar o face; cu toate că e foarte, foarte deschis spre bucurie. Ţinteşti la bucuria ce nu dispare niciodată, indiferent de felul de durere prin care treci. Continui însă, desigur, să treci prin acea durere. L-am întrebat pe preotul meu când am vrut să mă omor: «Care-i scopul suferinţei?» şi a zis: «Detest frazele care au în ele cuvintele *suferinţă* şi *scop*. Suferinţa e doar suferinţă. Cred însă că în asta Dumnezeu e cu tine, cu toate că mă-ndoiesc că-l poţi simţi.» Am întrebat cum aş putea să pun aşa ceva în mâinile lui Dumnezeu, şi a zis: «Nu există ‘pun’, Maggie. Asta este exact acolo unde este.»“

Altă prietenă, poeta Betsy de Lotbinière, s-a luptat şi ea – dinăuntrul depresiei – cu credinţa, şi a folosit credinţa drept principalul mijlocitor al vindecării. În partea cea mai rea a depresiei, spune ea, „îmi urăsc greşelile, desigur, şi, pe măsură ce pierd toleranţa, pierd generozitatea şi urăsc lumea şi greşelile celor din jurul meu şi ajung să-mi vină să urlu din pricină că sunt stropi şi pete şi frunze căzute, amenzi pentru parcare şi oameni care întârzie ori nu te sună după ce tu i-ai sunat. Nimic din astea nu-i bun. Curând, copiii o

să se pună pe plâns şi, dacă nu-i bag în seamă, o să ajungă să fie foarte tăcuţi şi ascultători, ceea ce e mai rău, pentru că lacrimile sunt acum înăuntru. Teama e în ochii lor, şi ei pleacă tăcuţi. Nu le mai aud durerile tainice, care sunt atât de uşor de alinat când lucrurile merg bine. Mă urăsc când sunt aşa. Depresia mă trage tot mai jos.“

A crescut într-o casă de catolici şi s-a căsătorit cu un bărbat catolic foarte evlavios. Chiar dacă nu se duce la biserică cu regularitatea cu care se duce el, s-a întors către Dumnezeu şi către rugăciune când a simţit că realitatea îi alunecă din mâini, când a văzut cum disperarea îi distruge bucuria pe care i-o dădeau copiii săi şi bucuria lor de a trăi. Dar n-a rămas complet în catolicism – de fapt, a încercat programele în doisprezece paşi, meditaţia budistă, păşitul pe cărbuni aprinşi, vizitarea de temple hinduse, studierea Cabalei şi cam tot ce părea spiritual. „Când spui o rugăciune într-un moment de nelinişte, de căutări prea mari – poate fi ca şi cum ai apăsa pe un buton şi deschizi paraşuta, ca să nu te izbeşti cu toată puterea de un zid din cărămizi ori să cazi cu atâta greutate şi iuţeală, încât să ţi se sfărâme toate oasele trupului afectiv“, mi-a scris când eram eu însumi într-o perioadă grea. „Rugăciunea poate să-ţi fie frână. Sau, dacă ţi-e credinţa destul de mare, rugăciunea îţi poate fi accelerator, amplificator pentru trimiterea în univers a unui mesaj despre direcţia în care ai vrea să te duci. Cele mai multe religii din lume implică o formă de oprire şi de acces spre fiinţa interioară – aşa încât există îngenunchere, şi există poziţia lotusului, şi există culcarea pe podea. Ele folosesc şi mişcarea pentru a elimina cotidianul şi pentru a ne reconecta la ideile mai mari despre Fiinţă – aşa încât există muzică şi ritual. Ai nevoie de amândouă aceste lucruri ca să ieşi din depresie. Oamenii care au un anumit grad de credinţă încă înainte de a ajunge în devastatoarele tenebre ale Abisului au o cale de ieşire de acolo. Găsirea, în tenebre, a echilibrului – iată cheia. Aici poate fi de ajutor religia. Conducătorii religioşi ştiu să le ofere oamenilor – în vreme ce aceştia parcurg cărările bătătorite spre ieşirea din întuneric – o oarecare stabilitate. Dacă înveţi să găseşti acest echilibru în afara ta, poate că vei izbuti să-l obţii şi lăuntric. Atunci eşti din nou liber.“

Cei mai mulţi oameni nu pot să iasă dintr-o depresie cu adevărat gravă doar prin luptă; o depresie cu adevărat gravă trebuie să fie tratată – sau trebuie să treacă. Dar, în vreme ce eşti tratat sau aştepţi ca ea să treacă, trebuie să continui lupta. A lua medicamente ca parte a luptei înseamnă să lupţi aprig; iar a refuza să le iei ar fi la fel de ridicol de suicidar cum ar fi să intri într-un război modern călare. Nu e o slăbiciune să iei medicamente; nu

înseamnă că nu poţi să te descurci cu viaţa personală; e dovadă de curaj. Şi nu e slăbiciune nici să cauţi ajutor la un terapeut înţelept. Credinţa în Dumnezeu şi orice formă de credinţă în sine sunt minunate. Trebuie să iei cu tine terapiile, de orice fel, în luptă. Nu poţi aştepta să fii vindecat. „Truda trebuie să fie tratamentul, nu compasiunea – truda e singurul tratament radical pentru tristeţea ce a prins rădăcini“, a scris Charlotte Brontë; nu este *întregul* tratament, dar continuă să fie singurul. Fericirea însăşi poate fi o mare trudă.

Şi totuşi, ştim cu toţii că acea trudă de una singură nu poate aduce bucurie. Charlotte Brontë a scris, de asemenea, în *Villette*: „Nici o farsă din lumea asta nu-mi sună aşa de găunos ca atunci când ţi se spune să *cultivi* fericirea. Ce înseamnă sfatul ăsta? Fericirea nu-i un cartof, pe care să-l pui în pământ şi să-i pui bălegar. Fericirea e un nimb ce-şi trimite strălucirea în jos, peste noi, din Ceruri. E o rouă divină pe care sufletul, în unele dintre dimineţile sale de vară, o simte picurând peste el din florile veşnic înflorite şi poamele de aur ale Raiului. «Cultivă fericirea!» I-am spus scurt doctorului: «Cultivaţi *dumneavoastră* fericirea? Cum vă descurcaţi?»“[126] Norocul joacă un rol semnificativ, aducând asupra noastră, ca din întâmplare, acea rouă a fericirii. Unii oameni reacţionează bine la un tratament, alţii la altul. Unii îşi revin spontan, după un scurt efort. Alţii, care nu tolerează medicamentele, pot, de fapt, să obţină mult prin terapii conversaţionale; alţii, care au pierdut mii de ore cu psihanaliza, se simt mai bine în clipa în care iau o pilulă. Unii reuşesc să iasă dintr-un episod cu ajutorul unui tratament şi apoi cad în alt episod, care necesită un tratament diferit. Unii oameni au depresie refractară, care nu trece, indiferent ce fac. Unii oameni au efecte secundare îngrozitoare de la orice formă de tratament, iar altora nu le-au provocat nici cea mai mică neplăcere terapii care sună oribil. Poate că va veni o vreme în care să putem analiza creierul şi toate funcţiile lui, când vom putea să explicăm nu numai originile depresiei, ci şi motivele tuturor acestor diferenţe. N-o aştept cu sufletul la gură. Pe moment, trebuie să acceptăm faptul că soarta ne-a făcut, pe unii dintre noi, foarte vulnerabili la depresie, şi că, de fapt, creierul unora dintre cei care au o astfel de vulnerabilitate reacţionează la tratamente, iar creierul altora nu reacţionează la tratamente. Aceia dintre noi care putem ajunge să ne simţim substanţial mai bine în orice fel trebuie să ne socotim, indiferent cât de sinistre au fost depresiile noastre, printre cei norocoşi. Mai mult, trebuie să fim îngăduitori cu cei pentru care nu poate exista vindecare. Flexibilitatea este un dar frecvent, dar nu universal, şi nici un secret din cartea aceasta ori de altundeva nu-i poate ajuta pe cei mai puţin norocoşi

dintre toţi.

Note

83. Citatul din T.M. Luhrmann este din remarcabila sa carte Of Two Minds, p. 7.

84. Citatul din Luhrmann: ibid., p. 290.

85. Citatul din The Years se găseşte la p. 378 (cf. trad. rom. de Frida Papadache, în Virginia Woolf, Anii, RAO International Publishing Company, Bucureşti, 1995, p. 317).

86. Russ Newman, directorul executiv pentru practica profesională de la American Psychological Association, scrie într-o scrisoare adresată redactorului revistei U.S. News & World Report, 26 aprilie 1999: „Cercetarea a arătat limpede că în multe cazuri de depresie tratamentul preferat este într-adevăr «tratamentul bazat pe alegere*»: o combinaţie de psihoterapie şi medicamente“, p. 8. Într-un studiu recent s-au obţinut rezultate asemănătoare. V. Martin Keller et al., A comparison of nefazodone, the cognitive-behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression, în New England Journal of Medicine 342, nr. 20 (2000). Pentru un rezumat al acestor studii în presa populară, v. Erica Goode, Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs, în New York Times, 18 mai 2000. Ellen Frank a efectuat câteva studii de comparare a terapiilor conversaţionale şi medicamentoase la diferite categorii de populaţie. În studiul său geriatric, intitulat Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression, în Journal of the American Medical Association 281, nr. 1 (1999), se trage concluzia: „Tratamentul combinat care foloseşte ambele [strategii de tratare] pare să fie strategia clinică optimă pentru prevenirea recidivei.“ Studiile iniţiale din acest domeniu, cum ar fi Gerald Klerman et al., Treatment of depression by drugs and psychotherapy, în American Journal of Psychiatry 131 (1974) şi Myrna Weissman şi Eugene Paykel, The Depressed Woman: A Study of Social Relationships, arată şi ele eficienţa sporită a terapiei combinate.

* În text, joc de cuvinte: treatment of choice înseamnă 1) „tratament preferat“; 2) „tratament bazat pe alegere“ (n.tr.).

87. Fel de mâncare tradiţional al evreilor aşkenazi (idiş Gefilte Fisch < germ. Gefüllter Fisch) (n.tr.).

88.* Meriwether Lewis şi William Clark, pionieri americani care au condus prima expediţie transcontinentală (1804–1806) (n.tr.).

89. Descrierea elementară a metodologiei utilizate de terapia cognitiv-comportamentală se găseşte în lucrarea de referinţă a lui Beck, Depression. Dintre publicaţiile mai recente, v. în special Mark Williams, The Psychological Treatment of Depression, ed. a II-a.

90. Expresia „optimism învăţat“ provine de la Martin Seligman şi e titlul cărţii sale din 1990.

91. Metodologia fundamentală a terapiei interpersonale e descrisă amănunţit în Myrna Weissman, John Markowitz şi Gerald Klerman, Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy.

92. Studiul referitor la profesori ca terapeuţi este al lui Hans Strupp şi Suzanne Hadley, Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome, în Archives of General Psychiatry 36, nr. 10 (1979). Ei scriu: „Rezultatele acestei investigaţii au fost coerente şi directe. La pacienţii care au făcut psihoterapie cu profesori de liceu, s-a înregistrat, în medie, o îmbunătăţire la fel de mare din punct de vedere cantitativ ca la pacienţii trataţi de psihoterapeuţi profesionişti cu multă experienţă“, p. 1134.

93. Afirmaţiile mele despre nivelurile neurotransmiţătorilor la persoanele depresive au fost culese din cărţi, articole şi interviuri prea numeroase ca să fie menţionate. Multe dintre aceste idei sunt însă lămurite în cartea lui Peter Whybrow, A Mood Apart.

94. O discuţie privind legătura dintre triptofan şi depresie o găsim în T. Delgado et al., Serotonin function and the mechanism of antidepressant action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan, în Archives of General Psychiatry 47 (1990) şi K. Smith et al., Relapse of Depression after Rapid Depletion of Tryptophan, în Lancet 348 (1997).

95. O examinare excelentă şi subtilă a sintezei şi funcţionării serotoninei o găsim în Peter Whybrow,

A Mood Apart, pp. 224–227.

96. Teoria receptorilor este explicată pe deplin în excepţionala carte a lui David Healey, The Antidepressant Era, pp. 161–163, 173–177.

97. Noţiunea de funcţie indirectă a medicamentelor care afectează neurotransmiţătorii şi problema homeostazei sunt discutate în mod incitant în Peter Whybrow, A Mood Apart, pp. 150–167.

98. Efectele produse de inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) asupra somnului paradoxal sunt descrise în lucrarea „Sleep and Depression“, prezentată de Michael Thase pe 14 mai 2000 la APA 2000 – conferinţa anuală a American Psychiatric Association –, care a avut loc la Chicago. Efectele ISRS asupra temperaturii cerebrale fac parte din procesele chimice mai ample ale depresiei. A fost observat faptul că adesea în depresie temperatura corpului, mai ales noaptea, este mai mare. Totuşi, această creştere este doar relativă; în depresie, temperatura corpului pur şi simplu scade mai puţin noaptea decât ar face-o în mod normal. Această temperatură nocturnă mai mare este însoţită de alte semne ale supraexcitării, cum este insomnia. Faptul că antidepresivele reduc această temperatură mai ridicată este, probabil, bun – o normalizare, să zicem. Unele dintre aceste puncte sunt discutate într-un capitol critic, intitulat Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration, scris de Michael Thase şi Robert Howland, din The Handbook of Depression, E. Edward Beckham şi William Leber (coord.), pp. 213–279.

99. Cele mai multe dintre informaţiile privind studiile efectuate pe animale, despărţirea de mamă, agresivitate şi alterarea proceselor neurobiologice provin din seminarul Suicide Research Workshop, sponsorizat de Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), care a avut loc pe 14–15 noiembrie 1996. Însă o mare parte dintre ele au fost publicate în general în acest domeniu. Recomand în mod deosebit Gary Kraemer et al., Rearing experience and biogenic amine activity in infant rhesus monkeys, în Biological Psychiatry 40, nr. 5 (1996), ca introducere asupra subiectului.

100. S-au elaborat multe lucrări pe tema legăturii dintre despărţirea de mamă şi cortizol. V. Gayle Byrne şi Stephen Suomi, Social Separation in Infant Cebus Apella: Patterns of Behavioral and Cortizol Response, în International Journal of Developmental Neuroscience 17, nr. 3 (1999), şi David Lyons et al., Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Psysiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans, în Psychoneuroendocrinology 24 (1999). Faptul că antidepresivele pot să amelioreze această afecţiune este explicat în Pavel Hrdina et al., Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques, în Psychopharmacology 64 (1979).

101. Lucrarea despre maimuţele vervet dominante este a lui Michael Raleigh et al., Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys, în Archives of General Psychiatry 41 (1984). Faptul că ridicarea nivelului serotoninei ameliorează aceste probleme este discutat de Michael Raleigh şi Michael McGuire, Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys, în Advances in Experimental Medicine and Biology 294 (1991), şi Michael Raleigh et al., Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys, în Brain Research 559 (1991).

102. Lucrarea despre legătura dintre asumarea de riscuri, agresivitate şi serotonină se găseşte în P.T. Mehlman et al., Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates, în American Journal of Psychiatry 151 (1994).

103. Lucrarea despre legătura dintre ierarhia maimuţelor şi serotonină este trecută în revistă în Michael McGuire şi Alfonso Troisi, Darwinian Psychiatry, pp. 93–94 şi 172–174.

104. Dovezi ale faptului că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) pot să răstoarne tiparele de agresivitate se găsesc în C. Sanchez et al., The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice, în Psychopharmacology 110, nr. 1–2 (1993).

105. Există unele controverse în privinţa frecvenţei efectelor secundare a multe dintre ISRS, în special prozac. Cei mai mulţi dintre medici consideră că frecvenţa multora dintre efectele secundare, în special reducerea impulsului sexual şi anorgasmia, a fost subestimată radical de companiile farmaceutice la testările iniţiale.

106. Îmbrăcăminte malaieză de forma unei fuste lungi şi strâmte, purtată de bărbaţi şi de femei

(n.ed.).

107. Informaţia oferită de Anita Clayton este extrasă din lucrarea sa „Epidemiology, Classification, and Assessment of Sexual Dysfunction“, prezentată pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

108. Statistica despre întreruperea antidepresivelor după şase luni provine din lucrarea dr. H. George Nurnberg, „Management of Antidepressant-Associated Sexual Dysfunction“, prezentată pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

109. Pentru această listă de medicamente prosexuale: ibid.

110. În original: WASP (White Anglo-Saxon Protestant „protestantă anglo-saxonă de rasă albă“) (n.tr.).

111. Pentru efectul viagrei asupra erecţiei nocturne: ibid.

112. Pentru ideea de a lua viagra zilnic: ibid.

113. Dr. Andrew Nierenberg şi-a prezentat cercetarea în „Prevalence and Assessment of Antidepressant-Associated Dysfunction“; dr. Julia Warnock şi-a prezentat cercetarea în „Hormonal Aspects of Sexual Dysfunction in Women: Improvement with Hormone Replacement Therapy“. Ambele lucrări au fost prezentate pe 13 mai la APA 2000, Chicago.

114. Trebuie foarte multă grijă când se prescriu orice fel de antidepresive unor persoane care suferă de boala maniaco-depresivă. În general, persoanele cu boala maniaco-depresivă trebuie să ia odată cu antidepresivele un stabilizator de dispoziţie – litiu sau alt anticonvulsiv.

115. Îi mulţumesc dr. David McDowell de la Universitatea Columbia pentru discuţia privind problema dependenţei de benzodiazepină.

116. Cifrele legate de eficienţa electroşocurilor diferă: Peter Whybrow, în A Mood Apart, citează o rată de 85-90 la sută, p. 216; Francis Mondimore, în cartea sa Depression: The Mood Disease, estimează o rată mai mare, de peste 90 la sută, p. 65. Cifrele pe care le-am dat reflectă o medie aproximativă a multe rate ale eficienţei care au fost publicate.

117. Faptul că terapia unilaterală dreaptă cu electroşocuri este mai puţin perturbantă decât terapia bilaterală cu electroşocuri şi este la fel de eficientă este raportat în Harold Sackein et al., A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities, în Archives of General Psychiatry 57, nr. 5 (2000). Ei raportează că terapia unilaterală dreaptă cu electroşocuri, când este aplicată la 500 la sută din pragul atacului, este la fel de eficientă ca terapia bilaterală cu electroşocuri, dar provoacă mai puţin de o şesime din efectele secundare cognitive ale terapiei bilaterale cu electroşocuri.

118. Pentru o discuţie generală privind metodele terapiei cu electroşocuri, vezi Francis Mondimore, Depression: The Mood Disease, şi Elliot Valenstein, Great and Desperate Cures.

119. Numele unei coaliţii politice americane foarte eterogene, de la sfârşitul anilor ’60 şi începutul anilor ’70 (n.ed.).

120. Statistica deceselor provocate de complicaţii ale electroşocurilor e preluată din Stacey Pamela Patton, Electrogirl, în Washington Post, 19 septembrie 1999.

121. Citatul din Richard Abrams este din cartea sa Electroconvulsive Therapy, p. 75.

122. Martha Manning mi-a povestit de aceste pichete, organizate de grupuri de oameni care distribuiau fluturaşi împotriva „controlului electronic al minţii“. O astfel de acţiune de opoziţie a avut loc la un eveniment sponsorizat de o librărie particulară din Northampton, Massachusetts, dar desfăşurat la biblioteca de la Smith College.

123. Theodore John Kaczynski (cunoscut şi sub numele de Unabomber), cetăţean american, matematician şi critic social neoluddist, a dus, între 1978 şi 1995, o campanie de atentate cu bombe artizanale trimise prin poştă (n.tr.).

124. Pasajul din Unabomber, Ted Kaczynski, este preluat din manifestele sale. Precizez că-i admir perspicacitatea şi-i condamn metodele.

125. Where Have All the Flowers Gone, cântec folk compus de Pete Seeger (n.tr.).

126. Cuvintele lui Charlotte Brontë apar în Juliet Barker, The Brontës, p. 559. Îi mulţumesc artistei Elaine Reicheck pentru că mi-a atras atenţia asupra acestui pasaj.

IV
Alternativele

„Dacă pentru o boală sunt prescrise multe leacuri“, scria Anton Pavlovici Cehov, „poţi fi sigur că boala n-are leac.“[127] Multe remedii sunt prescrise pentru depresie – pe lângă măsurile standard, un număr stupefiant de alternative. Unele dintre ele sunt minunate şi pot fi extrem de folositoare, cele mai multe dintre ele în mod selectiv. Altele sunt cu totul ridicole: împăratul are o întreagă garderobă nouă în toată chestia asta. Minuni anecdotice sunt pe toate drumurile, şi oamenii le povestesc cu exaltarea neofitului. Puţine dintre aceste tratamente alternative sunt foarte vătămătoare, cu excepţia, poate, a cărţuliei de buzunar; singura primejdie reală apare când remediile din basme sunt folosite în locul celor eficiente. Cantitatea considerabilă de terapii alternative reflectă un optimism persistent în faţa problemei insolubile a suferinţei afective.

În urma publicării materialelor anterioare despre depresie, am primit sute de scrisori de la oameni din nouă ţări şi din majoritatea celor cincizeci de state federale, care, lucru emoţionant, au vrut să-mi facă cunoscute tratamente alternative. O femeie din Michigan scria că, după ani întregi de încercare a tuturor medicamentelor, a găsit, în cele din urmă, soluţia adevărată, care era „să fac din fire textile tot soiul de lucruri“. Când i-am răspuns, întrebând ce anume face cu firele, mi-a trimis o fotografie admirabilă, cu vreo optzeci de ursuleţi identici, în toate culorile curcubeului, făcuţi de ea, şi o carte publicată în regie proprie despre metode foarte la îndemână de a împleti. O femeie din Montana se plângea: „Poate că ar trebui să ştii că toate efectele pe care le descrii vin de la otrăvirea cronică. Uită-te-n jur. Ţi-au dat cu insecticid prin casă, cu erbicid în faţa casei? Casa în care stai are cumva pardoseala făcută cu plăci aglomerate? Până ce scriitorii ca William Styron şi ca tine nu se uită în jur după astfel de riscuri şi nu le-ndepărtează, n-am răbdare cu voi şi cu poveştile voastre despre depresie.“ Nu-mi iau îngăduinţa să vorbesc în numele lui William Styron, ale cărui podele s-ar putea să fie îmbibate cu Agent Orange,[128] dar eu pot spune cu mâna pe inimă că în casa mea, ale cărei măruntaie mi-au fost dezvăluite într-un deceniu de dezastre produse de ţevi şi

de fire electrice, nu există decât podele de lemn pe cadru de lemn. Altul dintre cititorii mei credea că sufăr de intoxicaţie cu mercur de la plombe (dar n-am nici o plombă). Altcineva mi-a trimis o scrisoare anonimă din Albuquerque, zicând că am conţinut scăzut de zahăr în sânge. Altcineva s-a oferit să mă ajute să găsesc un profesor dacă vreau să iau lecţii de step. Cineva din Massachusetts voia să-mi spună totul despre biofeedback. Un bărbat din München a întrebat dacă n-aş vrea ca el să-mi înlocuiască acidul ribonucleic, ofertă pe care am refuzat-o politicos. Scrisoarea preferată a venit de la o femeie din Tucson, care scria simplu: „Te-ai gândit vreodată să pleci din Manhattan?“

Lăsând la o parte situaţia mea (şi a lui William Styron), efectele otrăvirii cu formaldehidă pot fi, de fapt, similare cu simptomele bolii depresive. La fel şi în cazul neurotoxicităţii cauzate de intoxicarea cu mercur de la plombele din amalgam. Nivelul scăzut al zahărului din sânge este legat de starea de spirit depresivă. Nu pot da mărturie despre potenţialul terapeutic al lecţiilor de step, dar activitatea fizică ordonată de orice fel poate îmbunătăţi starea de spirit. Chiar şi activitatea manuală repetitivă, liniştitoare, de creare a unor obiecte din fire poate, probabil, în condiţii adecvate, să aibă un scop folositor. Plecarea din Manhattan cu siguranţă mi-ar reduce nivelul de stres. Ştiu din experienţă că nimeni, oricât de dus cu sorcova ar părea să fie când te uiţi la el, nu-i cu totul sărit de pe fix. Mulţi oameni obţin rezultate uimitor de bune cu proiecte care par aiureli. Seth Roberts, de la Facultatea de Psihologie a Universităţii din California, Berkeley, a emis teoria că o parte din depresie e legată de faptul că te trezeşti singur şi că existenţa unui cap vorbitor la care să te uiţi o oră când îţi începi ziua poate fi de folos. Pacienţii lui au videocasete cu genul de talk-show în care se foloseşte o singură cameră de televiziune, astfel încât capul de pe ecran rămâne cam de mărimea reală. Se uită la ele în prima oră după trezire, şi un număr convingător dintre ei se simt, ca prin minune, mult mai bine. „N-am ştiut niciodată că televizorul îmi poate fi cel mai bun prieten“, mi-a spus unul dintre pacienţii lui. Alinarea singurătăţii, fie şi în această formă de surogat, poate avea un efect cât se poate de remontant.

Am fost binecuvântat cu o serie de contacte cu un bărbat pe care m-am obişnuit să-l numesc „misticul incompetent“. Misticul incompetent mi-a scris despre terapiile energetice pe care le practică, şi, după multă corespondenţă, l-am invitat acasă la mine, să-mi arate ce face. Era extrem de agreabil şi, evident, plin de bune intenţii, iar, după câteva minute de discuţie, ne-am apucat de treabă. M-a pus să-mi unesc degetul mare şi mijlociul de la mâna

stângă, alcătuind un O, şi apoi să fac un O asemănător şi cu mâna dreaptă. Apoi, m-a pus să unesc cele două O-uri. După care m-a spus să recit o serie de fraze, pretinzând că, atunci când spun adevărul, degetele mele vor rezista încercării lui de a le despărţi, dar că, atunci când mint, degetele vor fi mai slabe. Onoraţii mei cititori poate că-şi închipuie stinghereala pe care o simţeam, aşezat în livingul meu şi zicând „Mă urăsc“, în vreme ce un bărbat sincer, într-un costum bleu, trăgea de mâinile mele. Pentru a descrie procedurile care au urmat acestui set de exerciţii, ar fi nevoie de pagini întregi, însă momentul culminant a fost când a început să mă descânte şi, pe la jumătate, a uitat ce trebuie să spună. „Stai o clipă“, a zis, şi şi-a răscolit toată servieta până ce a găsit. „Vrei să fii fericit. O să fii fericit.“ Mi-am zis că oricine care nu-i în stare să-şi amintească cele două fraze e un mare nătărău, şi, cu oarece trudă, l-am dat pe misticul incompetent afară din casa mea. De atunci încoace, am aflat de la pacienţi experienţele lor mai fericite cu terapia energetică, şi trebuie să admit că unele chiar le inversează „polaritatea corporală“ şi ajung la o iubire de sine extatică prin intermediul practicii inspirate de aceste metodologii. Eu rămân totuşi foarte sceptic – cu toate că nu pot pune la îndoială faptul că unii şarlatani sunt mai înzestraţi în prezentările lor decât a fost al meu.

Întrucât depresia este o maladie ciclică şi, fără nici un tratament, intră temporar în faze de vindecare, orice activitate susţinută, nefolositoare ori folositoare, poate fi creditată cu vindecarea ei, în cele din urmă. Sunt absolut convins că în domeniul depresiei nu poate fi vorba de vreun placebo. Dacă ai cancer şi încerci un tratament neobişnuit, după care crezi că ţi-e mai bine, s-ar putea să te înşeli. Dacă ai depresie şi încerci un tratament neobişnuit şi crezi că ţi-e mai bine, atunci ţi-e mai bine. Depresia e o maladie a proceselor de gândire şi a afectelor, şi dacă ceva îţi schimbă procesele de gândire şi afectele în direcţia corectă, asta se numeşte vindecare. Sincer, cred că tratamentul cel mai bun pentru depresie este credinţa, care este, în sine, cu mult mai importantă decât lucrul în care crezi. Dacă crezi cu adevărat că-ţi poţi ameliora depresia stând în cap şi scuipând bănuţi timp de o oră în fiecare după-amiază, probabil că această activitate incomodă o să-ţi facă un bine imens.

Exerciţiile fizice şi dieta joacă un rol important în evoluţia maladiilor afective, iar eu cred că se poate obţine un control considerabil prin intermediul unor regimuri de întreţinere fizică şi de alimentaţie bine gândite.[129] Includ, printre cele mai serioase tratamente alternative, stimularea

magnetică transcraniană repetitivă (*repeated transcranial magnetic stimulation* – rTMS); folosirea *lightbox*-urilor pentru persoanele cu tulburare afectivă legată de anotimp (*seasonal affective disorder* – SAD); desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR); tratamentele prin masaj; cursurile de supravieţuire; hipnoza; terapia prin privarea de somn; sunătoarea; S-adenosilmetionina sau SAMe; homeopatia; fitoterapia chineză; terapiile de grup; grupurile de sprijin; psihochirurgia. Doar o carte nesfârşită ar putea să discute fiecare tratament care a dat vreodată un rezultat rezonabil.

„Exerciţiile fizice sunt primul pas pentru toţi pacienţii mei“, spune Richard A. Friedman de la Payne-Whitney. „Ridică moralul tuturor.“ Urăsc exerciţiile fizice, dar, de cum izbutesc să mă urnesc din pat, fac un pic de gimnastică suedeză; sau, dacă pot, mă duc la o sală de sport. Când ieşeam din depresie, nu conta cu adevărat ce făceam; StairMasters şi benzile de alergare erau cele mai uşoare. Era ca şi cum mişcarea ajuta la eliminarea depresiei din sângele meu, ca şi cum mă ajuta să fiu mai curat. „E foarte limpede“, spune James Watson, şeful Cold Spring Harbor Laboratory şi unul dintre descoperitorii ADN-ului. „Exerciţiile fizice produc endorfine. Endorfinele sunt morfină endogenă, şi te fac să te simţi bine dacă eşti în stare normală. Te fac să te simţi mai bine dacă te simţi îngrozitor. Trebuie să pui în mişcare endorfinele astea – la urma urmei, ele sunt în amonte de neurotransmiţători, aşa încât exerciţiile fizice au şi rolul de a-ţi creşte nivelul neurotransmiţătorilor.“ În plus, depresia îţi face corpul greoi şi moleşit; iar faptul că eşti greoi şi moleşit agravează depresia. Dacă îţi faci corpul, cât de mult îţi stă în putere, să funcţioneze, mintea o să-l urmeze. O şedinţă serioasă de exerciţii fizice este aproape cel mai dezgustător lucru la care mă pot gândi când sunt deprimat, şi nu-i deloc distractiv s-o fac, dar apoi mă simt de o mie de ori mai bine. Mişcarea alină şi anxietatea: energia nervoasă e consumată de exerciţiile pentru abdomen, şi asta ajută la controlarea spaimei iraţionale.

Eşti ceea ce mănânci; simţi ceea ce eşti. Nu poţi face o depresie să treacă doar prin alegerea alimentelor adecvate; dar e sigur că poţi să-ţi provoci o depresie dacă nu mănânci ceea ce trebuie şi poţi, într-o anumită măsură, să te protejezi de recidive prin supravegherea atentă a dietei.[130] Se pare că zahărul şi carbohidratele cresc absorbţia de triptofan în creier, lucru care, la rândul său, creşte nivelul serotoninei. Vitamina B6, care se găseşte în cerealele complete şi în crustacee, este importantă pentru sinteza serotoninei; nivelurile scăzute de B6 pot grăbi depresia. Nivelul scăzut al colesterolului a fost legat

de simptomele depresive. Încă nu există studii despre aceasta, dar o dietă cu mult homar şi spumă de ciocolată poate face mult pentru îmbunătăţirea stării de spirit. „Accentul pus de secolul al XX-lea pe dieta sănătoasă din punct de vedere fizic“, spune Watson, „probabil că ne-a dus la una nesănătoasă din punct de vedere psihologic.“ Sinteza dopaminei se bazează şi pe vitaminele B, în special B12 (care se găseşte în peşte şi în produsele lactate) şi pe acidul folic (din ficatul de viţel şi broccoli), precum şi pe magneziu (din cod, macrou şi germenii de grâu). Persoanele depresive au adesea un nivel scăzut de zinc (care se găseşte în stridii, andive, sparanghel, curcan şi ridichi), de vitamina B3 (din ouă, drojdie de bere şi carne de pui) şi de crom; şi aceste trei au fost folosite la tratarea depresiei. Nivelurile scăzute de zinc au fost asociate deosebit de strâns cu depresia post-partum, dat fiind că la sfârşitul sarcinii toate rezervele de zinc trec de la mamă la făt. Consumul sporit de zinc poate să îmbunătăţească starea de spirit. O teorie care circulă este că la persoanele din zona Mediteranei sunt mai puţine cazuri de depresie datorită cantităţii de ulei de peşte – bogat în complexul B – consumate, care le creşte nivelul de acizi graşi omega-3. Dovezile despre efectele benefice ale acizilor graşi omega-3 asupra dispoziţiei sunt cele mai puternice dintre toate.[131]

Dacă aceste alimente pot fi eficiente la prevenirea depresiei, altele pot provoca depresia. „Mulţi europeni au alergie la grâu, iar mulţi americani au alergie la porumb“, explică Vicki Edgson, autoarea cărţii *The Food Doctor*. Alergiile la anumite alimente pot provoca depresie. „Aceste substanţe obişnuite devin toxine cerebrale care precipită tot soiul de afecţiuni mintale.“ La mulţi oameni, apar simptome depresive ca parte a unui sindrom de epuizare suprarenală, consecinţă a consumului necontrolat de zaharuri şi carbohidraţi. „Dacă ai un nivel al glicemiei permanent fluctuant, cu maxime şi minime pe tot parcursul zilei, şi rezolvi temporar problema prin dulciuri şi hrană nesănătoasă, aceasta duce la probleme cu somnul. Scade nu numai capacitatea de a face faţă problemelor de zi cu zi, ci şi răbdarea faţă de ceilalţi. Persoanele cu acest sindrom sunt obosite tot timpul; îşi pierd impulsul sexual; au dureri peste tot. Stresul pe care îl suferă sistemul lor este dezastruos.“ La unele persoane, apare maladia celiacă (enteropatia glutenică), care provoacă incapacitatea generală de a te simţi bine. „Persoanele depresive se amăgesc singure că unicul lucru care dă energie e cafeaua“, spune Vicki Edgson, „dar, de fapt, ea suge energia şi stimulează reacţiile de anxietate.“ Şi alcoolul, desigur, vămuieşte din greu trupul. „Uneori“, spune Vicki Edgson, „depresia este felul corpului tău de a-ţi spune să nu mai abuzezi de el; este

dovada că lucrurile merg rău.“

Robert Post de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) a lucrat cu stimularea magnetică transcraniană repetitivă (rTMS), în care se foloseşte magnetismul pentru a crea o stimulare metabolică foarte asemănătoare cu cea produsă de electroşocuri, dar la niveluri mai scăzute. Tehnologia modernă permite concentrarea magnetismului pe o ţintă, pentru a oferi un stimul intens în anumite zone ale creierului. În vreme ce curentul electric trebuie să fie de intensitate destul de mare ca să treacă prin scalp şi craniu până la creier, fluxurile magnetice răzbat cu uşurinţă. Aşadar, electroşocurile provoacă un şoc în creier, iar stimularea magnetică transcraniană repetitivă (rTMS) nu. Post propune ipoteza că, odată cu dezvoltarea imageriei cerebrale, s-ar putea, în cele din urmă, să se depisteze zonele din creier care sunt depresive, iar stimularea magnetică să fie îndreptată către ele, făcând ca tratamentul să se adapteze formei specifice a bolii. De asemenea, stimularea magnetică transcraniană repetitivă oferă posibilitatea unei enorme specificităţi; stimularea magnetică poate fi dirijată cu precizie. „Cândva“, spune Post, „o să putem folosi tehnologia pentru a ne pune pe cap o cască, asemenea uscătoarelor de păr de tip vechi. Ea o să ne scaneze creierul şi o să aleagă zonele cu metabolism redus, iar apoi va concentra stimularea pe acele zone. După o jumătate de oră, plecăm cu creierul reechilibrat.“[132]

*

Norman Rosenthal a descoperit tulburarea afectivă legată de anotimp (*seasonal affective disorder* – SAD)[133] când s-a mutat, din Africa de Sud, în SUA şi a început să aibă perioade de depresie hibernală. Multor oameni li se schimbă starea de spirit în funcţie de anotimp şi au crize repetate de depresie în timpul iernii; schimbările anotimpurilor – ceea ce un pacient a numit „focul încrucişat dintre vară şi iarnă“ – sunt perioade dificile pentru oricine. Tulburarea afectivă legată de anotimp este diferită de simplul fapt că nu-ţi plac zilele friguroase. Rosenthal susţine că oamenii au fost făcuţi să reacţioneze la schimbarea anotimpurilor, lucru pe care lumina artificială şi constrângerile artificiale ale vieţii moderne nu-l permit. Când zilele se scurtează, mulţi oameni se retrag în ei şi „a le cere să funcţioneze în ciuda propriei închideri biologice este o formulă pentru depresie. Cum s-ar simţi un urs care hibernează dacă l-ai pune să intre în arenă, să stea pe labele din spate şi să joace cât e iarna de lungă?“ Experienţele au arătat că tulburarea afectivă

legată de anotimp este influenţată de lumină, care sporeşte secreţia de melatonină şi, astfel, înrâureşte sistemele neurotransmiţătorilor. Lumina stimulează hipotalamusul, în care îşi au baza multe dintre sistemele – somnul, hrănirea, temperatura, impulsul sexual – pe care le dereglează depresia. Lumina influenţează, de asemenea, sinteza serotoninei din retină. O zi însorită oferă cam de trei sute de ori mai multă lumină decât media interiorului unei case.[134] Terapia prescrisă în general pentru cei care suferă de tulburare afectivă legată de anotimp e folosirea unui *lightbox*, care proiectează asupra ta o lumină cât se poate de puternică. Pe mine, aceste *lightbox*-uri mă cam ameţesc şi am senzaţia că, pentru ochii mei, nu sunt bune, dar cunosc oameni cărora le plac. Unii poartă viziere pentru lumină, sau *lightbox*-uri care se aşază pe cap. S-a dovedit că un *lightbox*, care este mult mai luminos decât lumina normală de interior, sporeşte nivelul de serotonină din creier. „Vezi cum cei care suferă de tulburare afectivă legată de anotimp încep să se simtă rău toamna“, spune Rosenthal. „E ca şi cum ai privi frunzele care cad din copaci. Şi apoi am început să-i tratăm prin expunere la lumină intensă, şi e ca şi cum ai vedea lalelele răsărind.“

Desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare (*eye movement desensitization and reprocessing* – EMDR) este o terapie apărută în 1987,[135] pentru tratarea tulburării de stres posttraumatic. Tehnica e cam emfatică. Terapeutul îşi mişcă mâna, cu diferite viteze, într-un câmp aflat între partea dreaptă periferică şi cea stângă periferică a vederii tale, stimulând astfel un ochi şi apoi pe celălalt. În una dintre variantele acestei tehnici, ai căşti cu diferite sunete care stimulează întâi o ureche, apoi pe cealaltă; sau, a treia posibilitate, ţii în fiecare mână câte un mic vibrator, şi ele pulsează alternativ. În vreme ce se petrece asta, treci printr-un proces psihodinamic de rememorare a traumei şi de retrăire a ei, iar la sfârşitul şedinţei eşti eliberat de ea. Chiar dacă multe terapii – de pildă, psihanaliza – au teorii minunate şi rezultate limitate, terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcările oculare conţine teorii stupide, dar are rezultate excelente. Cei care practică terapia presupun că funcţionează prin alternarea rapidă a stimulării emisferei stângi şi drepte, ajutând astfel la transferarea amintirilor dintr-un centru de stocare cerebral în altul. Asta pare improbabil. Şi totuşi, ceva legat de oscilaţia stimulării din cadrul desensibilizării şi reprocesării prin mişcările oculare are un efect spectaculos.

Terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare e folosită din ce în ce mai mult în cazul depresiei. Dat fiind că tehnica foloseşte reminiscenţe

ale traumelor, e prescrisă mai degrabă pentru tratarea depresiei bazate pe traume decât pentru depresia mai generalizată. Am încercat toate soiurile de tehnici în cadrul cercetării pentru această carte, inclusiv desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare. Am fost convins că e un sistem ingenios, dar nesemnificativ, şi am fost foarte surprins de rezultate. Mi se spusese că tehnica „accelerează procesarea“, dar asta nu m-a pregătit pentru intensitatea experienţei. Mi-am pus căştile şi am încercat să mă gândesc la amintiri. Am fost inundat de imagini incredibil de intense din copilărie, lucruri pe care nici măcar nu ştiam că le am în creier. Am reuşit să fac asocieri imediat: mintea mi-a devenit mai rapidă ca oricând. A fost o experienţă electrizantă, şi terapeutul cu care lucram, specializat în terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare, m-a ghidat cu eficienţă către tot felul de situaţii dificile din copilărie, pe care le uitasem. Nu sunt sigur că terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare are prea mare efect nemijlocit asupra unei depresii care nu e declanşată de o singură traumă, dar a fost atât de stimulant şi atât de interesant, încât am făcut o serie de douăzeci de şedinţe.

David Grand, un terapeut psihanalist care foloseşte acum, la toţi pacienţii săi, terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare, a spus: „Terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare poate să ajute o persoană să facă în şase-douăsprezece luni ce n-ar putea fi făcut în cinci ani de tratament obişnuit. Nu fac o comparaţie abstractă: compar munca mea când folosesc terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare cu munca mea fără această terapie. Activarea ocoleşte egoul şi activează profund, rapid şi direct. Terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare nu este o abordare asemenea abordării cognitive sau psihanalitice; ea este o unealtă. Nu poţi fi un terapeut universal în desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare. Trebuie să fii mai întâi un bun terapeut, şi apoi să găseşti calea de a integra terapia desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare. Ciudăţenia ei e un dezavantaj, însă o fac de opt ani şi n-aş mai putea să mă întorc la terapia fără desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare, ştiind ce ştiu acum. Ar însemna un regres, întoarcerea la o formă primitivă.“ Întotdeauna am ieşit din cabinetul terapeutului meu specialist în desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare ţopăind (în sensul bun); iar lucrurile pe care le-am aflat au rămas în mine şi mi-au îmbogăţit mintea conştientă. E un proces puternic. Îl recomand.

În octombrie 1999, m-am dus la Sedona, Arizona, pentru patru zile de terapie prin masaj de tip New Age, într-un moment în care mă confruntam cu

mult stres.[136] În general, sunt destul de cinic în privinţa tratamentelor de tip New Age, şi am privit-o pe „analista“ care avea să facă prima mea şedinţă de tratament cu oarece suspiciune când şi-a aşezat cristalele în partea cealaltă a camerei şi mi-a povestit ce visase. Nu sunt convins că liniştea lăuntrică profundă e un rezultat automat al faptului că ai fost stropit cu nişte uleiuri din locuri sacre, precum Chaco Canyon şi Tibet, şi nu ştiu dacă şiragul de mărgele din cuarţ roz aşezat asemenea unui rozariu peste ochii mei chiar mă conecta cu chakrele, şi nici nu cred că psalmodierile în sanscrită care umpleau încăperea înscriau virtuţi antidepresive în meridianele mele. Acestea fiind spuse, patru zile în care s-au ocupat de mine femei frumoase într-un centru de tratament luxos mi-au făcut mult bine, şi am plecat cu multă pace în mine. Tratamentul final – masaj cranio-sacral – a părut să aibă efecte deosebit de benefice: a coborât asupra mea o oarecare seninătate, care a durat câteva zile.

Cred că masajul extensiv şi complex, ce redeşteaptă trupul pe care depresia l-a izolat de minte, poate fi o parte de succes a terapiei. Nu cred că experienţa mea din Sedona ar fi putut face ceva pentru o persoană aflată într-o depresie majoră, dar, ca tehnică de reglare, a fost de-a dreptul grozavă. Teoreticianul Roger Callahan susţine combinaţia dintre kineziologia aplicată şi medicina tradiţională chineză. Callahan afirmă că schimbările din noi se petrec mai întâi pe bază celulară, apoi chimică, apoi neurofiziologică şi apoi cognitivă.[137] Am lucrat, spune el, invers, când am tratat întâi partea cognitivă şi apoi pe cea neurofiziologică; el începe cu realităţile mistice ale reacţiilor musculare. Are mulţi adepţi. Cu toate că practicile lor mi se par îndoielnice, ideea de a începe cu partea fizică pare foarte inteligentă. Depresia este o afecţiune trupească, iar partea fizică ajută.

În cel de-al Doilea Război Mondial, mulţi soldaţi britanici au fost siliţi să plutească multă vreme pe Atlantic, după ce navele lor suferiseră atacuri care le-au scos din funcţie. Soldaţii care au avut cea mai mare rată de supravieţuire n-au fost cei mai tineri şi mai capabili, ci cei cu mai multă experienţă, care adesea aveau o rezistenţă sufletească care le depăşea limitele trupeşti. Pedagogul Kurt Hahn a remarcat că această rezistenţă trebuie învăţată, şi a fondat Outward Bound, care este acum o mare confederaţie de asociaţii împrăştiate pe tot globul.[138] Prin intermediul unor contacte structurate cu natura sălbatică, Outward Bound încearcă să îndeplinească obiectivele lui Hahn: „Privesc ca sarcină supremă a educaţiei asigurarea supravieţuirii acestor calităţi: curiozitate întreprinzătore; spirit de neînfrânt; tenacitate în

urmărirea scopurilor; disponibilitate pentru sacrificiu de sine rezonabil; şi, mai presus de toate, compasiune.“[139]

În vara anului 2000, am făcut o expediţie împreună cu Hurricane Island School din Outward Bound. N-aş fi putut face cursul Outward Bound când eram în depresie, dar a-l face când nu eram deprimat a părut să întărească lucrurile din mine care se împotrivesc depresiei. Cursul e riguros şi, uneori, destul de greu de suportat, dar şi plăcut, şi m-a făcut cu adevărat să simt că viaţa îmi este legată de procesele organice ale lumii largi. E un sentiment de siguranţă extrem de reconfortant să-ţi asumi locului în vâltoarea eternităţii. Ne-am dus cu caiacul pe mare, şi zilele ne erau pline de eforturi fizice. Într-o zi tipică, ne sculam pe la patru dimineaţa, alergam un kilometru şi jumătate, mă duceam la o platformă aflată la nouă metri deasupra mării şi săream, de pe ea, în apa rece din Maine. Apoi, ne întorceam în tabără şi ne împachetam proviziile în caiace, după care căram caiacele – bărci de două persoane, cu lungimea de vreo şapte metri – până la mare. Vâsleam vreo opt kilometri împotriva fluxului (cu puţin peste doi kilometri şi jumătate pe oră), până ce ajungeam într-un un loc în care ne puteam opri pentru micul dejun, şi ne întindeam oasele, şi găteam, şi mâncam acolo. Apoi, ne urcam iar în bărci, mai vâsleam opt kilometri şi ajungeam la popasul de noapte. Prânzeam, după care făceam, sub supraveghere, exerciţii de salvare: ne răsturnam bărcile şi ne eliberam, sub apă, din chingile care ne ţineau înăuntru, întorceam la loc caiacele şi urcam iar în ele. Eram apoi duşi, fiecare, în locuri diferite, în care petreceam noaptea cu un sac de dormit, o sticlă de apă, o prelată şi o bucată de sfoară. Din fericire, soarele a strălucit în timpul expediţiei mele; am fi respectat programul chiar dacă venea lapoviţa peste noi. Instructorii erau remarcabili, oameni ai pământului, care păreau supravieţuitori absoluţi, cât se poate de puternici, şi uneori chiar înţelepţi. Prin contactul nostru strâns cu sălbăticia şi prin intervenţiile lor pline de grijă, am câştigat o frântură din imensa lor pricepere.

Îmi doream uneori să nu mă fi dus acolo şi simţeam că semnul definitiv al smintelii mele era faptul că am consimţit să-mi las viaţa despuiată în felul ăsta de răsfăţurile ei. Simţeam însă, de asemenea, că eram din nou în contact cu ceva profund. Îţi dă un sentiment de reuşită faptul că trăieşti în universul naturii nesupus ameliorării, chiar dacă o faci într-un caiac din fibră de sticlă. Ritmul vâslirii ajută, ca şi lumina, iar valurile par să ritmeze sângele care se duce spre inimă, şi tristeţea dispare. Outward Bound mi-a amintit în multe feluri de psihanaliză: era un proces de autodezvăluire care te scotea din

propriile limite. Prin aceasta, îndeplinea intenţia fondatorului. „Fără descoperirea de sine“, scria Hahn, extinzând o idee a lui Nietzsche, „o persoană poate să aibă totuşi încredere în sine, dar este o încredere în sine construită pe ignoranţă şi care se topeşte în faţa marilor poveri. Descoperirea de sine e produsul final al unei mari înfruntări din care am ieşit învingători, când mintea comandă trupului să facă ceea ce pare imposibil, când tăria şi curajul sunt împinse până la limite extraordinare de dragul a ceva din afara sinelui – un principiu, o sarcină grea, altă viaţă omenească.“ Cu alte cuvinte, între atacurile depresiei trebuie să faci lucruri care să creeze flexibilitate, astfel încât să poţi supravieţui disperării când te izbeşte iar – cam aşa cum facem zilnic exerciţii fizice, pentru a ne menţine corpul în formă. Nu sugerez să faceţi Outward Bound în loc de terapie, însă, ca supliment al terapiei, poate fi puternic; şi este, în totalitate, de o frumuseţe care te umple de mulţumire. Depresia îţi taie rădăcinile. Cu toate că poate da senzaţia că ai plumb în tine, depresia dă şi senzaţia de balon cu heliu, pentru că nimic nu te leagă de pământ. Outward Bound a fost calea mea către rădăcinile naturii, şi faptul că am făcut ceea ce am făcut mi-a dat, în cele din urmă, sentimentul de mândrie şi siguranţă.

Hipnoza este, asemenea desensibilizării şi reprocesării prin mişcări oculare, un instrument ce poate fi folosit la tratare, nu un tratament în sine. E posibil ca, prin hipnoză, pacientul să fie dus înapoi, la experienţele de la începutul vieţii şi să fie ajutat să le retrăiască într-un fel care să aducă o rezolvare. În cartea sa despre folosirea hipnozei în cazul depresiei, Michael Yapko[140] scrie că hipnoza dă cele mai bune rezultate când sursa depresiei pare să fie felul în care am înţeles o trăire, şi poate fi schimbat cu alt fel de a o înţelege, care ne face să ne simţim mai bine. Hipnoza e folosită şi la crearea în mintea pacientului a imaginii unui viitor care poate fi luminos, a cărui aşteptare poate să-l scoată din suferinţa prezentă, făcând astfel posibil acel viitor luminos. Hipnoza efectuată cu succes e folositoare cel puţin la spargerea tiparelor negative ale gândirii şi comportamentului.

Unul dintre simptomele principale ale depresiei este perturbarea tiparului somnului;[141] persoanele cu adevărat depresive pot să nu aibă deloc somn profund şi pot să piardă mult timp în pat fără măcar să se odihnească. Ai oare un somn neadecvat doar din pricina depresiei, sau te scufunzi în depresie parţial din cauza somnului neadecvat? „Suferinţa, care duce la depresie, îţi perturbă somnul într-un fel; îndrăgostirea, care duce la depresie, îţi perturbă

somnul în alt fel“, arată Thomas Wehr, de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH). Chiar şi oamenilor care nu suferă de depresie li s-a întâmplat să se trezească prea devreme, cu un sinistru sentiment de groază; de fapt, acea stare cumplită de disperare, care, de obicei, trece repede, poate fi cea mai apropiată de depresie pe care o trăiesc oamenii sănătoşi. Aproape toţi oamenii care suferă de depresie se simt mai rău dimineaţa şi le e mai bine pe măsură ce trece ziua. Aşadar, Thomas Wehr a făcut o serie de experimente care arată că poţi reduce unele simptome ale depresiei prin intermediul privării de somn controlate. Nu este un sistem practic pe termen lung, dar le poate fi util celor care aşteaptă să-şi facă efectul antidepresivelor. „Prin faptul că nu laşi pe cineva să doarmă, extinzi ameliorarea din timpul zilei. Chiar dacă persoanele depresive caută uitarea adusă de somn, *în* somn se menţine şi se intensifică depresia. Ce soi de sucub ne vizitează noaptea şi provoacă acea transformare?“ întreabă Wehr.

F. Scott Fitzgerald scrie în *The Crack-Up*: „La trei dimineaţa, un pachet de care ai uitat are aceeaşi importanţă ca o condamnare la moarte, şi tratamentul nu dă roade – iar în adevărata noapte adâncă a sufletului e întotdeauna trei dimineaţa, zi după zi.“[142] Acel demon de la trei noaptea m-a vizitat pe mine.

Când sunt cel mai deprimat, e drept că simt o uşurare în timpul zilei, şi, cu toate că forţele mi se epuizează cu uşurinţă, orele foarte târzii din noapte sunt perioada mea funcţională – într-adevăr, dacă ar fi să-mi aleg stările de spirit, mi-aş trăi viaţa la miezul nopţii. Au fost puţine cercetări în acest domeniu, deoarece e nonbrevetabil, dar unele studii arată că mecanismele sunt complicate şi depind de perioada în care dormi, de faza somnului în care te afli când se produce trezirea şi de o serie de alţi factori tehnici. Somnul este principalul determinant al tiparelor circadiene ale corpului, iar modificarea somnului perturbă programarea neurotransmiţătorilor şi secreţiilor endocrine. Dar, cu toate că putem identifica o mare parte din ceea ce se petrece în timpul somnului şi putem observa abolirea sensibilităţii pe care o creează somnul, încă nu putem să trasăm corelaţii directe. Hormonul care acţionează tiroida scade în timpul somnului; asta provoacă oare abolirea sensibilităţii? Norepinefrina şi serotonina scad; acetilcolina creşte. Unii consideră că privarea de somn creşte nivelul dopaminei; o serie de experimente sugerează că vibraţiile pleoapelor provoacă eliberarea de dopamină şi că, prin urmare, o perioadă lungă în care ochii sunt închişi reduce dopamina.

E limpede că nu poţi lipsi cu totul de somn pe cineva, dar poţi împiedica oamenii să treacă prin faza târzie de somn paradoxal (cu mişcări rapide ale

globului ocular), trezindu-i când începe, şi aceasta poate fi o modalitate excelentă de a ţine depresia în frâu. Am încercat-o eu însumi şi dă rezultate. Un pui de somn, lucru după care tânjesc în perioadele de depresie, e contraproductiv şi poate să strice toate lucrurile bune, dobândite cât eşti treaz. Profesorul M. Berger de la Universitatea din Freiburg a practicat aşa-numita avansare a fazei de somn, în care oamenii sunt puşi să se culce la cinci după-amiază şi sunt treziţi înainte de miezul nopţii. Aceasta poate să aibă un efect benefic, cu toate că nimeni nu pare să priceapă de ce. „Tratamentele astea sună cam aiurea“, recunoaşte Thomas Wehr. „Dar zău, dacă-i spui cuiva «Aş vrea să-ţi pun nişte sârme pe cap, şi să bag electricitate prin creierul tău, şi să provoc o criză, căci cred că asta te-ar putea ajuta în privinţa depresiei», şi dacă acela n-ar fi un tratament practicat pe larg şi bine stabilit, ar putea fi greu să-l aplici.“

Michael Thase, de la Universitatea din Pittsburgh, a observat că mulţi oameni depresivi şi-au redus substanţial orele de somn, iar insomnia din perioadele de depresie este un factor de predicţie a tendinţei de suicid. Chiar şi în cazul celor care pot să doarmă, calitatea somnului este mult alterată în timpul depresiei. Somnul persoanelor depresive tinde să aibă eficienţă redusă; nu intră niciodată – sau intră rareori – în somnul profund, asociat cu senzaţia că eşti proaspăt şi te-ai odihnit bine. Pot să aibă multe episoade scurte de somn paradoxal, nu episoadele mai rare şi mai prelungite, tipice unei persoane sănătoase. Întrucât somnul paradoxal poate fi descris drept o mică trezire, această repetare a somnului paradoxal este mai degrabă epuizantă decât odihnitoare. Cele mai multe dintre antidepresive reduc somnul paradoxal, cu toate că asta nu înseamnă neapărat îmbunătăţirea calităţii generale a somnului. E greu de ştiut dacă aceasta face sau nu parte din mecanismul lor de acţiune. Thase a observat că depresivii cu somn normal pot reacţiona mai bine la psihoterapie, iar cei cu somn anormal tind să aibă nevoie de medicamente.

Cu toate că somnul din timpul depresiei te duce şi mai jos, deficitul cronic de somn poate fi declanşatorul depresiei. De la apariţia televiziunii, media de somn pe noapte a scăzut cu două ore. Oare depresia mai mare, la nivelul întregii societăţi, este parţial rezultatul reducerii somnului? Desigur, avem aici o problemă fundamentală: nu numai că nu ştim prea multe despre depresie, dar nu ştim care e rostul somnului. Toate celelalte sisteme corporale pot fi acţionate în feluri ce par să fie productive. Expunerea la frig poate avea efecte asemănătoare cu privarea de somn. Renii ce stau nemişcaţi în

nesfârşita noapte a iernii nordice sunt – înainte de a începe să se mişte, din nou, primăvara – într-o stare de „resemnare arctică“,[143] şi asta poate să semene foarte mult cu depresia omenească. Frigul poate să producă, cel puţin în cazul unor animale, o încetinire generală.

Sunătoarea este o plantă interesantă, ce înfloreşte în jurul zilei Naşterii Sfântului Ioan Botezătorul (24 iunie). Utilitatea ei ca medicament a fost stabilită cel puţin din vremea lui Pliniu cel Bătrân, în veacul I d.Hr., care o consuma pentru probleme ale vezicii urinare. În secolul al XIII-lea, se socotea că-l alungă pe Necuratul. În SUA, în prezent, sunătoarea se vinde sub formă de extract, praf, ceai, tinctură şi ca ingredient în orice, de la băuturi revigorante până la suplimentele alimentare. E în mare vogă în nordul Europei. Întrucât nu există stimulente financiare pentru cercetarea substanţelor care apar natural şi care nu sunt brevetate, s-au făcut relativ puţine studii controlate despre sunătoare, cu toate că, în acest moment, se fac unele cercetări sponsorizate de guvern. E sigur că sunătoarea pare să dea rezultate, reducând atât anxietatea, cât şi depresia. Ceea ce nu este clar e modul în care acţionează; de fapt, nu e clar nici măcar care dintre numeroasele substanţe biologic active din plantă este cea care acţionează. Substanţa despre care se ştie cel mai mult este hypericum, ce reprezintă, de obicei, cam 0,3 la sută dintr-un anumit extract al medicamentului. Hypericum se pare că poate să inhibe recaptarea tuturor celor trei neurotransmiţători. Se spune că scade producerea de interleukină-6, o proteină implicată în reacţia imunitară, a cărei prezenţă în exces îi face, în general, pe oameni să se simtă rău.[144]

Andrew Weil,[145] un guru al medicinei naturiste, susţine că extractele din plante sunt eficiente, deoarece acţionează asupra mai multor sisteme; părerea lui este că mulţi agenţi puternici care acţionează coordonat sunt mai buni decât moleculele ultraspecializate, cu toate că felul în care se ajută, de fapt, aceşti agenţi între ei – dacă o fac – e doar o simplă presupunere. El laudă lipsa de puritate a remediilor bazate pe plante, felul în care ele acţionează în mai multe feluri asupra mai multor sisteme ale corpului. Teoriile lui au o bază ştiinţifică retrânsă, dar au un anumit farmec conceptual. Cei mai mulţi dintre oamenii care aleg să ia sunătoare nu o iau pentru lipsa ei de puritate terapeutică. Au ales-o, mai degrabă, datorită concepţiei sentimentale că e mai bine să înghiţi o plantă decât o substanţă de sinteză. Strategia de marketing a sunătoarei exploatează această prejudecată. Într-o reclamă care a fost afişată o vreme în metroul londonez, o femeie blondă, cu o expresie de extaz pe

chip, era identificată drept „Kira, fata soarelui“, a cărei bună dispoziţie era întreţinută de „frunzele uscate cu grijă“ şi „radioasele flori galbene“ ale sunătoarei. Implicaţia acestei reclame ridicole – ca şi cum uscarea cu grijă şi galbenul florilor ar avea ceva a face cu eficienţa tratamentului – reflectă abordarea sentimentală care a făcut din sunătoare un remediu atât de popular.[146] Nu prea e „natural“ să consumi o anumită cantitate de sunătoare în mod regulat. Faptul că Dumnezeu a pus într-o plantă o anumită configuraţie a moleculelor şi a lăsat altă configuraţie a moleculelor să fie creată de ştiinţa omenească nu înseamnă neapărat că este de preferat primul aranjament, şi nu al doilea. Nu există nimic prea atractiv în bolile „naturale“, cum este pneumonia, în substanţele „naturale“, cum este arsenicul, sau în fenomenele „naturale“, cum e stricarea dinţilor. Nu trebuie să uităm că multe substanţe care sunt în natură sunt extrem de toxice.

Am observat că unii oameni au reacţii adverse la inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS). Merită să notăm că sunătoarea, chiar dacă creşte în voie pe pajişti, nu e mai nevinovată. Substanţele naturale se vând în moduri insuficient controlate, aşa încât nu poţi fi convins că există aceeaşi cantitate de ingredient activ de la o pilulă la alta, şi e sigur că pot să aibă interacţiuni periculoase cu alte medicamente.[147] Sunătoarea poate bunăoară să scadă (printre altele) eficienţa contraceptivelor orale, a medicamentelor pe bază de statine ce reduc colesterolul, a betablocantelor, blocantelor canalelor de calciu, în cazul hipertensiunii şi maladiilor coronariene, precum şi a inhibitorilor de protează în cazul infectării cu HIV.[148] Părerea mea personală este că nu-i nici o problemă cu sunătoarea, dar nici ceva nemaipomenit de bun. Este mai puţin reglementată, mai puţin studiată şi mai fragilă decât moleculele sintetice, şi tinde să fie luată într-un mod mai puţin consecvent decât prozacul.

În căutarea avidă a remediilor „naturale“, cercetătorii au scos la iveală altă substanţă curativă, numită S-adenosilmetionină sau, pe scurt, SAMe.[149] În vreme ce sunătoarea a fost un panaceu psihologic în nordul Europei, SAMe a fost cel mai popular tratament în sudul Europei, cu răspândire deosebit de mare în Italia. Asemenea sunătoarei, este nereglementată, fiind disponibilă în magazinele alimentare sub forma unei pastiluţe albe. SAMe nu provine dintr-o floare „radioasă“, ca sunătoarea, ci se află în corpul omenesc. Nivelul de SAMe al unei persoane variază în funcţie de vârstă şi sex. SAMe se găseşte în tot corpul şi stă la baza multor funcţii chimice. Cu toate că persoanele depresive nu au nivel scăzut de SAMe, studiile despre eficienţa substanţei ca

antidepresiv au fost încurajatoare. SAMe depăşeşte în mod constant substanţele placebo în privinţa reducerii simptomelor depresive şi pare să fie cel puţin la fel de eficientă ca antidepresivele triciclice cu care a fost comparată. Multe dintre studiile despre acest medicament n-au fost însă bine concepute, iar rezultatele lor pot să nu fie pe deplin fiabile. SAMe n-are o listă lungă de efecte secundare, dar poate să declanşeze mania[150] la pacienţii cu tulburarea bipolară. Nimeni nu pare să aibă vreo idee concretă despre modul în care acţionează SAMe. Poate fi implicată în metabolismul neurotransmiţătorilor; folosirea pe termen lung a S-adenosilmetioninei la animale le creşte nivelul neurotransmiţătorilor din creier.[151] Pare să sporească, mai ales, dopamina şi serotonina. Un neajuns al SAMe poate fi legat de slaba metilare,[152] care supune, în general, corpul la stres. La persoanele vârstnice, există tendinţa de a avea niveluri de SAMe diminuate, iar unii cercetători au emis ipoteza că această deficienţă se leagă de funcţionarea redusă a creierului care îmbătrâneşte. Au fost propuse multe explicaţii ale aparentei eficienţe a SAMe, fără să existe, practic, dovezi în sprijinul vreuneia dintre ele.

Homeopatia e folosită uneori pentru atenuarea depresiei: practicienii administrează doze mici din diverse substanţe care, în doze mari, le-ar putea da oamenilor sănătoşi simptome depresive. Multe forme de medicină neoccidentală pot fi folositoare împotriva depresiei. O femeie care s-a luptat toată viaţa cu depresia şi pe care antidepresivele n-au ajutat-o cine ştie cât a descoperit, la şaizeci de ani, că *qigong*, un sistem chinez de respiraţie şi exerciţii fizice, a reuşit să rezolve cu totul problema. Acupunctura, care câştigă din ce în ce mai mulţi adepţi în Occident – americanii cheltuiesc acum pe ea anual 500 de milioane de dolari –,[153] a avut, de asemenea, efecte uimitoare asupra unor oameni. Institutul Naţional pentru Sănătate (NIH) recunoaşte că acupunctura poate modifica reacţiile chimice din creier. Plantele medicinale chinezeşti par să fie mai puţin fiabile, dar la unii oameni s-au produs mari schimbări la nivelul stării de conştienţă prin folosirea de remedii bazate pe plante.

Mulţi oameni care folosesc terapii alternative le-au încercat pe cele convenţionale. Unii preferă terapiile alternative, alţii încearcă să suplimenteze tratamentele convenţionale. Unii sunt atraşi din punct de vedere conceptual de modalităţi de vindecare mai puţin intruzive decât medicamentele sau electroşocurile. Evitarea terapiilor conversaţionale pare, în cel mai bun caz, naivitate, dar găsirea de variante ale terapiilor conversaţionale sau folosirea

terapiilor conversaţionale împreună cu forme netradiţionale de tratament poate fi mai bună pentru unii oameni decât apelarea la un farmacolog şi ingerarea de compuşi despre care ştim periculos de puţin.

Dintre cunoştinţele mele cele mai vizibile în lumea homeopatiei, pe Claudia Weaver o stimez enorm. Claudia Weaver este efectiv ea însăşi. Unii oameni se schimbă în funcţie de situaţie şi devin reflexii ale celor cu care vorbesc, dar Claudia Weaver are un amestec special de francheţe şi excentricitate fără egal. Acest lucru poate să te descumpănească, dar are în el şi ceva extrem de convingător. Cu Claudia Weaver, ştii totdeauna cum stai – nu că n-ar fi politicoasă, pentru că, de fapt, are maniere impecabile, dar n-are de gând să-şi deghizeze eul real. De fapt, îţi azvârle în faţă personalitatea sa ca pe-o mănuşă: poţi să te arăţi la înălţimea provocării şi s-o placi, şi o să fie încântată, sau poţi să hotărăşti că e cam prea greu, în care caz eşti liber să-ţi vezi frumuşel de drumul tău. Pe măsură ce ajungi s-o cunoşti, mintea ei idiosincratică ţi se pare fermecătoare. Cu loialitatea sa prudentă şi integritatea fără margini, e o persoană cu foarte mult simţ moral. „Am, cu siguranţă, excentricităţile mele, şi tocmai am ajuns să fiu mândră de ele“, spune ea, „pentru că nu pricepeam cum aş putea trăi fără ele. Întotdeauna am fost foarte aparte şi sigură pe mine.“

Când am cunoscut-o pe Claudia Weaver, se apropia de treizeci de ani şi folosea, ca parte a unui tratament al întregului corp, remedii homeopatice pentru controlarea alergiilor, problemelor digestive, eczemei şi a altor probleme de sănătate pe care le avea. În acelaşi timp, lua medicamente şi-şi modificase regimul alimentar. Avea mereu la ea vreo treizeci şi şase de flacoane cu diferite substanţe care aveau diverse efecte, sub formă de tablete (mai avea acasă vreo cincizeci), câteva uleiuri şi un ceai ayurvedic. Lua toate astea conform unui program de o uluitoare complexitate: în unele cazuri, înghiţea tabletele întregi, pe altele le pisa şi le dizolva, iar pe anumite porţiuni îşi dădea cu unguente. Cu şase luni înainte, renunţase, o dată pentru totdeauna, la toate medicamentele pe a căror nădejde se lăsase, cu intermitenţe, de la vârsta de şaisprezece ani; avusese probleme cu drogurile şi era gata să încerce altceva. Aşa cum s-a întâmplat în alte momente, în care nu mai luase medicamente, a avut, pentru o vreme, o stare de bine, după care a început să lunece la vale. O scurtă cură de sunătoare n-a dat rezultate. Remediile homeopatice au oprit-o în pragul dezastrului şi au părut să fie destul de eficiente.

Homeopatul ei,[154] pe care nu-l văzuse niciodată, locuia în Santa Fe, unde îl

tratase, cu rezultate excelente, pe un prieten al ei. Îl suna, în fiecare zi sau la două zile, ca să discute cu el felul în care se simţea, iar el îi punea diferite întrebări – de exemplu: „Ai limba încărcată?“ sau „Simţi că ai scurgeri din urechi?“ – pe baza cărora îi prescria remedii, de obicei vreo şase pilule pe zi. Corpul, susţine el, e ca o orchestră, iar remediile sunt ca nişte diapazoane. Claudia e pasionată de ritualuri, şi cred că, într-un fel, a convins-o însăşi complexitatea regimului ei. Îi plăceau toate sticluţele alea, şi consultaţiile, şi formula de lucru. Îi plăceau curele cu elemente – sulf, aur, arsenic – şi compuşii mai neobişnuiţi – beladonă, nux vomica, cerneală de sepie. Concentrarea pe tratament îi abătea atenţia de la boală. Homeopatul ei putea, de obicei, să se ocupe de o situaţie acută, chiar dacă nu putea să modifice curba de bază a stărilor de spirit bune şi proaste.

Claudia a avut viaţa plină de intuiţii şi disciplină legate de depresiile sale. „Mi-e tare greu să-mi amintesc lucruri pozitive când sunt deprimată. Tot învârt prin minte lucrurile negative pe care mi le-au făcut ceilalţi, pentru care am memorie de elefant, şi momentele în care am fost nedreptăţită sau ruşinată sau stingherită – şi ele se umflă şi devin mai rele decât au fost în realitate, sunt sigură. Şi, odată ce mă gândesc la unul dintre aceste lucruri, îmi vin în minte zece, şi asta duce la încă douăzeci. Într-un grup de spiritualitate alternativă din care fac parte, mi s-a cerut să scriu lucrurile negative care mi-au obstrucţionat viaţa, şi am umplut douăzeci de pagini; apoi, mi s-a cerut să scriu lucrurile pozitive. N-am fost în stare să mă gândesc la nici un lucru pozitiv pe care să-l pot scrie despre mine. De asemenea, sunt fascinată de subiectele întunecate, de Auschwitz sau prăbuşirea unui avion, şi nu mă pot împiedica să mă imaginez murind în astfel de situaţii. Homeopatul meu reuşeşte, de obicei, să-şi dea seama ce trebuie să-mi prescrie ca să alunge teama obsesivă de dezastre.

Am multă experienţă în privinţa mea. Luna viitoare, împlinesc douăzeci şi nouă de ani de experienţă în privinţa mea. Şi ştiu că-ţi pot oferi azi o poveste liniară, iar mâine poate fi altă poveste liniară. Realitatea mea se schimbă odată cu stările de spirit. Într-o zi, îţi pot spune ce cumplită e depresia mea şi cum m-a chinuit toată viaţa; şi apoi, dacă a doua zi pare să fie mai bine controlată, pot zice că totul e foarte bine. Încerc să mă gândesc la vremuri fericite. Încerc să fac lucruri care să mă împiedice de la introspecţie, care duce rapid la depresie. Când sunt deprimată, mă simt ruşinată de orice e legat de mine. Nu pot adopta ideea că probabil toţi ceilalţi sunt şi ei fiinţe omeneşti şi trec prin diferite stări afective. Am vise umilitoare; nici măcar în somn nu

pot să scap de sentimentul oribil, apăsător că sunt oprimată şi că viaţa e lipsită de speranţă. Speranţa e primul lucru care dispare.“

Claudia Weaver se simţea oprimată de rigiditatea părinţilor săi: „Ceea ce voiau pentru mine era să fiu fericită aşa cum socoteau ei asta.“ Încă din copilărie, „mă simţeam intens într-o lume a mea. Simţeam că sunt diferită, aparte. Mă simţeam mică, şi fără importanţă, şi pierdută în gândurile mele, şi aproape inconştientă de prezenţa altor oameni. Dacă eram în curtea din spate, mă învârteam pe acolo fără să văd nimic.“ Familia ei era „absolut impasibilă“ faţă de chestia asta. În clasa a treia, ea a început să se retragă fizic. „Nu puteam suferi să fiu atinsă, sau îmbrăţişată, sau sărutată, nici măcar de cei din familie. La şcoală, mă simţeam tot timpul obosită. Îmi amintesc că profesorii îmi ziceau: «Claudia, ridică-ţi capul de pe pupitru.» Şi nimeni nu se gândea la asta. Îmi amintesc că m-am dus la o lecţie de gimnastică şi am adormit pe calorifer. Uram şcoala şi nu simţeam că aş avea prieteni. Orice spuneau ceilalţi mă putea răni, şi mă rănea. Îmi amintesc că, prin clasa a şasea sau a şaptea, umblam pe coridoare şi nu mă interesa nimeni şi nu simţeam că mi-ar păsa de ceva. Simt multă amărăciune faţă de copilăria mea, cu toate că, în acea vreme, eram ciudat de mândră de faptul că sunt altfel decât restul lumii. Depresia? Era mereu acolo; atâta doar că a trebuit să treacă o vreme până să i se spună pe nume. Am avut o familie foarte iubitoare, dar niciodată nu le-a dat prin cap – lor, ca şi celor mai mulţi dintre părinţii din acea generaţie – că odrasla lor ar putea să aibă o tulburare de dispoziţie.“

Singura ei plăcere adevărată a fost călăria, pentru care avea destul talent. Părinţii i-au cumpărat un ponei. „Călăria mi-a dăruit încredere în mine, mi-a dăruit fericire, mi-a dat o fereastră de speranţă – pe care nu le-am avut nicăieri altundeva. Eram bună la asta şi eram recunoscută ca bună şi-mi iubeam poneiul. Eram o echipă şi ne ştiam unul pe celălalt ca parteneri. Părea să ştie că am nevoie de el. Asta m-a scos din suferinţă.“

În clasa a zecea, s-a dus la internat şi, după un conflict legat de stil cu instructorul de călărie de acolo, a renunţat la acest sport. Le-a spus părinţilor să vândă poneiul; nu avea energia să-l călărească. Primul trimestru la internat a fost perioada examinării a ceea ce ea numeşte, acum, „întrebările spirituale: De ce sunt aici, de fapt? Care e rostul meu?“ Colega de cameră, căreia i-a pus unele dintre aceste întrebări, a dat fuga să le spună celor din conducerea şcolii, repetând fragmente de conversaţie scoase din context. Conducerea a hotărât: Claudia are tendinţe sinucigaşe. A trimis-o urgent acasă. „Eram cât se poate de jenată. Îmi era tare ruşine de asta. Şi, pur şi simplu, nu simţeam că

aş mai vrea să fiu parte din ceva. Mi-a fost tare greu să mă descurc cu asta. Indiferent dacă alţii au uitat sau nu repede, eu n-am putut.“

Mai târziu, în acelaşi an, foarte tulburată, a început să se cresteze – suferind de ceea ce ea numeşte „anorexie alternativă cu totul neatrăgătoare“. Manevra ei era să facă o incizie şi să n-o lase să sângereze, după care să desfacă părţile ca să sângereze. Inciziile erau atât de subţiri, încât nu lăsau cicatrice. Cunoştea patru-cinci fete de la şcoală care-şi făceau tăieturi, „ceea ce pare să fie un număr semnificativ pe linia de bătaie“. Practicarea de tăieturi a continuat, din când în când; la facultate, s-a incizat periodic, iar aproape de vârsta de treizeci de ani şi-a crestat mici bucăţi din mâna stângă şi din abdomen. „*Nu* e o chestie de genul strigăt de ajutor“, spune ea. „Simţi durerea asta la nivel de emoţie şi vrei să te îndepărtezi de ea. Şi-ţi cad ochii pe un cuţit şi-ţi zici: «Măi să fie, cuţitul ăsta pare bine ascuţit, şi e foarte neted, şi mă-ntreb cum ar fi dacă l-aş apăsa aici…» Devii fascinată de cuţit.“ Colega ei de cameră a văzut tăieturile şi iar a pârât-o. „Şi ei au zis că asta e *fără îndoială* impuls sinucigaş, iar *asta* m-a dat peste cap. Îmi clănţăneau dinţii, eram tare agitată.“ Iar a fost trimisă acasă, cu indicaţia să se ducă la psihiatru. Psihiatrul la care s-a dus i-a spus că e cât se poate de normală şi n-are nimic, şi că cei de la şcoală şi colega de cameră sunt nebuni. „El şi-a dat seama că nu încercam să mă sinucid, ci să văd cât pot întinde coarda şi cine sunt şi încotro mă-ndrept.“ Peste câteva zile, s-a întors la cursuri, dar de-acum nu se mai simţea în siguranţă şi i-au apărut simptomele unei depresii acute. „Eram din ce în ce mai obosită şi dormeam din ce în ce mai mult şi făceam din ce în ce mai puţine lucruri şi voiam din ce în ce mai mult să fiu singură – eram extrem de nefericită. Şi nu simţeam că aş putea s-o spun cuiva.“

Curând, va dormi câte paisprezece ore pe zi. „Mă trezeam în toiul nopţii şi mă duceam în baie să învăţ, chestie care le părea tuturor extrem de ciudată. Băteau la uşă şi întrebau ce fac acolo. Ziceam: «Pur şi simplu, învăţ.» Întrebau: «De ce înveţi acolo?» Şi ziceam: «Pentru că aşa am chef.» Şi atunci ziceau: «De ce nu te-ai dus în camera comună?» Dacă m-aş fi dus acolo, s-ar fi putut însă să trebuiască să interacţionez cu cineva. Şi ăsta era lucrul de care mă feream.“ Până la sfârşitul anului, aproape că nu mai mânca hrană obişnuită. „Mâncam şapte sau nouă tablete de ciocolată pe zi, pentru că atâta era destul, ca să nu trebuiască să mă duc niciodată la cantină. Dacă m-aş fi dus la cantină, oamenii ar fi zis: «Ce mai faci?», şi asta era ultima întrebare la care aş fi vrut să răspund. Îmi vedeam de învăţat şi am terminat anul,

deoarece eram mai invizibilă dacă mă arătam; dacă aş fi stat în pat, şcoala mi-ar fi chemat părinţii şi ar fi trebuit să explic, şi nu puteam face faţă vizibilităţii, vulnerabilităţii acesteia. Nici măcar nu mă gândeam să-mi sun părinţii şi să le spun că vreau să mă duc acasă; mă gândeam că sunt prinsă în capcană acolo. E ca şi cum aş fi fost învăluită în ceaţă şi nu vedeam mai departe de un metru şi jumătate – chiar şi mama era la doi metri. Îmi era tare ruşine că sunt depresivă şi simţeam că toată lumea are de spus despre mine doar lucruri groaznice. Ştii că-mi era jenă să mă duc la baie chiar şi când eram singură? Vreau să spun că, desigur, într-un loc public mi-ar fi fost foarte greu. Dar, chiar şi singură, pur şi simplu nu puteam să mă descurc cu mine. Nu simţeam că merit să fiu o fiinţă omenească, nici măcar în acel act anume. Mi se părea că cineva ar putea să ştie că fac asta şi-mi era ruşine. Era incredibil de dureros.“

Vara care a urmat clasei a zecea a fost grea. I-a apărut o eczemă legată de starea de tensiune nervoasă, care a continuat s-o chinuiască. „Să fiu în preajma oamenilor era cel mai epuizant lucru pe care mi-l pot închipui. Chiar şi doar să vorbesc cu cineva. Evitam lumea. De cele mai multe ori, zăceam în pat şi voiam ca jaluzelele să fie închise. Pe atunci, lumina îmi făcea rău.“ Pe măsura ce vara avansa, a început, în cele din urmă, să ia medicamente, imipramină. Cei din jurul ei au observat o îmbunătăţire constantă şi, „până la sfârşitul verii, am adunat destulă energie ca să mă duc într-o zi cu mama la New York, la cumpărături, şi să ne întoarcem acasă. A fost cel mai interesant şi mai dinamic lucru pe care l-am făcut în acea vară.“ De asemenea, s-a creat o legătură între ea şi terapeut, care avea să-i rămână prieten apropiat.

În toamnă, s-a mutat la altă şcoală. Noua şcoală i-a dat o cameră de o persoană, ceea ce i-a priit. Îi plăcea lumea de acolo, iar medicamentele i-au stimulat spiritul. Simţea că, în timpul verii, familia sa începuse, în sfârşit, să-i considere stările de spirit o problemă reală, şi asta o ajuta mult. S-a pus cu burta pe carte şi a avut multe activităţi din afara programei. În ultimul an, a fost numită şefa clasei şi a fost admisă la Princeton.

La Princeton, a aplicat multe dintre strategiile de rezolvare a problemelor care aveau s-o însoţească tot restul vieţii. Cu toate că era foarte rezervată, i s-a părut greu să fie singură, şi, pentru a găsi o soluţie la izolarea din timpul nopţii, a avut şase prieteni care o duceau pe rând la culcare. Rămâneau adesea să doarmă la ea – nu era încă activă sexual, iar prietenii respectau aceste limite. Erau acolo doar pentru companie. „Să dorm cu cineva şi acel simţământ de cuibărire în braţele cuiva, de intimitate, au ajuns să fie pentru

mine un antidepresiv important. Pentru acea strângere în braţe aş fi renunţat la relaţiile sexuale. Aş fi renunţat la mâncare. Aş fi renunţat la mersul la film. Aş fi renunţat la muncă. Vreau să zic că aş fi renunţat la orice – în afară de somn şi de mersul la baie – ca să fiu în ambianţa sigură a cuibăririi în braţele cuiva. Mă întreb dacă nu cumva stimulează reacţii chimice în creier – ca să fiu sinceră.“ I-a trebuit o vreme până să treacă la pasul următor al intimităţii fizice. „Eram totdeauna stingherită de trupul meu gol; nu cred că am încercat vreodată un costum de baie fără să fiu traumatizată de el. Nu eram persoana cu care era cel mai uşor din lume să faci sex. Oamenii şi-au pierdut o grămadă de timp încercând să mă convingă că sexul e un lucru bun. Nu gândeam că este cu adevărat aşa. Ani întregi n-am crezut c-ar fi bun pentru mine. Ca la 7UP – n-am băut niciodată, n-o să beau niciodată. În cele din urmă însă, m-am dat pe brazdă.“

În iarna din primul an de facultate, a renunţat o vreme la medicamente. „Imipramina pe care o luasem mereu şi-a arătat efectele secundare tocmai în momentul nepotrivit. Tocmai când a trebuit să vorbesc în faţa sălii de curs plină de lume, gura mi s-a uscat atât de tare, că nu mi-am putut mişca limba.“ S-a demoralizat rapid. „Iar nu mai puteam să ies ca să mănânc“, explică ea, „aşa că un prieten îmi pregătea în fiecare seară cina şi mă hrănea. A făcut asta timp de opt săptămâni. Şi totdeauna asta se petrecea în camera lui, ca să nu trebuiască să mănânc în faţa altora.“

„Există mereu dorinţa să continui fără medicamente, şi, când ţi s-a pus pata pe asta, nu-ţi dai seama cât de rău stau lucrurile.“ În cele din urmă, prietenii au convins-o să revină la medicamente. În acea vară, a făcut ski nautic, iar un delfin a venit să înoate alături de ea. „A fost lucrul cel mai apropiat de Dumnezeu pe care l-am trăit vreodată. Era ca atunci când îţi zici că ai pe cineva lângă tine.“ S-a simţit atât de bine, încât iar a renunţat la medicamente.

Le-a reluat peste şase luni.

La sfârşitul anului al treilea, a început să ia prozac, care a mers bine, în afară de faptul că i-a blocat unele părţi ale eului. A trăit aşa vreo opt ani. „Iau medicamente o vreme, şi apoi nu le mai iau, pentru că încep să cred că sunt bine şi n-am nevoie cu adevărat de ele. Chiar aşa. Iar apoi nu le mai iau şi sunt bine, bine, bine, după care se întâmplă o serie de lucruri şi iar încep să mă simt înfrântă. De parcă aş duce prea multă greutate. Şi apoi, se întâmplă vreo două lucruri mărunte – ştii, nu mare lucru, să-mi cadă bunăoară capacul tubului de pastă de dinţi prin scurgerea chiuvetei, însă faptul că a căzut e picătura ce umple paharul şi e mai supărător decât fusese faptul că mi-a murit

bunica. Îmi trebuie o vreme ca să văd încotro mă îndrept; e totdeauna în jos, în sus, în jos, în sus, în jos, în sus, şi e greu să-ţi dai seama când josurile sunt mai în jos decât sunt susurile în sus.“ Când un impediment temporar a împiedicat-o să se ducă la o petrecere dată de o mireasă înaintea nunţii – „N-am putut să ies din apartament şi să iau autobuzul ca să ajung acolo“ –, a simţit că pur şi simplu nu poate să telefoneze. S-a întors la prozac.

În cele din urmă, a renunţat la medicamente, ca-şi să poată reactiva senzaţiile sexuale, şi a trecut la remediile homeopatice, pe care le lua când am cunoscut-o eu. Câtăva vreme, remediile homeopatice păreau că dau rezultate; i se pare că sunt eficiente pentru menţinerea ei în stare stabilă, dar, când împrejurările au condus-o la o nouă depresie, n-au putut s-o ajute să iasă din ea. Au fost câteva momente grele, dar a rămas fidelă homeopatiei pe durata lungii ierni. Când, o dată pe lună, intra în panică la gândul că-i revine depresia, îşi dădea seama că e doar sindromul premenstrual. „Totdeauna sunt atât de fericită când începe sângerarea; şi-mi zic: «O! Păi, asta era!»“ Cu toate că lipsa medicamentelor n-a provocat vreo regresie gravă, i-a fost mai greu cu lucrurile mai dificile. Programul general de tratament părea să fie nepotrivit cu afecţiunile ei fizice, mai ales cu cele de natură nervoasă; la un moment dat, eczema s-a agravat atât de mult, încât îi sângerau sânii prin bluză.

Cam în acea vreme, a renunţat la terapiile conversaţionale şi a început să scrie ceea ce Julia Cameron numeşte „paginile de dimineaţă“: douăzeci de minute de exerciţii de scriere în fluxul matinal al conştiinţei. Ea spune că o ajută să-şi limpezească viaţa: se fac de-acum trei ani de când n-a sărit nici o zi. Ţine, de asemenea, pe peretele dormitorului o listă cu lucruri pe care să le facă în clipa în care începe să se simtă abătută sau plictisită – o listă care începe cu: „Citeşte cinci poezii pentru copii. Fă un colaj. Uită-te la fotografii. Mănâncă un pic de ciocolată.“

La câteva luni după ce a început să scrie paginile de dimineaţă, l-a întâlnit pe bărbatul care-i este acum soţ. „Mi-am dat seama că sunt mult mai fericită când am pe cineva care lucrează în camera de alături. Compania e foarte importantă pentru mine; e foarte importantă pentru stabilitatea mea afectivă. Am nevoie de încurajare. Am nevoie de mici amintiri şi de atenţie. Pot fi, într-o relaţie imperfectă, mult mai bine decât când sunt singură.“ Logodnicul ei a acceptat faptul că a fost depresivă. „Ştie că trebuie să fie echilibrat şi gata să mă ajute când mă întorc acasă, de pildă, după ce am vorbit cu tine despre depresia mea“, mi-a spus. „Ştie că trebuie să fie gata tot timpul, în cazul în

care am o recidivă. Când e în preajma mea, sunt mult mai împăcată cu mine şi mult mai capabilă să acţionez.“ De fapt, s-a simţit atât de bine după ce l-a cunoscut, încât a hotărât să renunţe la regimul homeopatic pe care-l urma. Şi-a petrecut anul într-o stare de mulţumire, plănuind împreună cu el ceremonia de celebrare a căsătoriei.

A fost o nuntă frumoasă, vara, plănuită cu aceeaşi meticulozitate ca un program terapeutic homeopatic. Claudia arăta minunat, şi a fost una dintre acele ocazii în care simţi şuvoiul de afecţiune din partea numeroşilor prieteni care s-au adunat. Toţi cei care o cunoşteam pe Claudia ne bucuram mult pentru ea: găsise iubirea; îşi depăşise necazurile de-o viaţă; şi strălucea. Familia Claudiei locuieşte acum la Paris, dar au păstrat casa în care a crescut Claudia, o casă din secolul al XVII-lea, dintr-un oraş prosper din Connecticut. Ne-am adunat acolo dimineaţa, pentru o ceremonie a intenţiilor, la care mireasa şi mirele au invocat cele patru puncte cardinale şi cele patru vânturi. A urmat prânzul, în casa unor prieteni care locuiau peste drum. Nunta a avut loc într-o grădină frumoasă, la patru după-amiază, după care am băut cocktail; Claudia şi soţul ei au deschis o cutie cu fluturi, care au ieşit şi au pâlpâit magic în jurul nostru. Seara, a fost o cină elegantă pentru o sută patruzeci de oaspeţi. Am stat aşezat lângă preot, care susţinea că n-a mai oficiat la o cununie atât de atent orchestrată; ceremonia, pe care Claudia a scris-o împreună cu soţul ei, avusese îndrumări amănunţite „de proporţiile unui spectacol de operă“, a spus el. Totul era minunat. Cartonaşele cu locurile noastre la masă erau pe hârtie confecţionată manual, imprimate cu o matriţă din lemn, asemenea hârtiei şi matriţei cu care erau tipărite meniurile şi programul. Imaginile fuseseră desenate anume pentru această ocazie. Tortul l-a făcut cu adevărat mirele cu mâna lui, o treabă cu patru etaje.

Schimbarea, chiar şi schimbarea pozitivă, e stresantă; iar căsătoria este una dintre cele mai mari schimbări pe care le poţi face. Problemele care începuseră înainte de cununie s-au agravat curând după aceea. Claudia credea că problema o are soţul ei; a trecut destul de mult până ca ea să admită că situaţia sa ar putea fi simptomatică. „De fapt, el îşi făcea mai multe griji decât mine în privinţa mea şi a viitorului meu. Toată lumea îşi aminteşte că eram fericită în ziua nunţii. Arăt fericită în poze. Am parcurs întreaga zi, gândindu-mă: se pare că sunt îndrăgostită, trebuie că sunt cu adevărat îndrăgostită dacă fac asta. Şi mă simţeam ca un miel dus la tăiere. În noaptea nunţii, am fost pur şi simplu epuizată. Iar luna noastră de miere a fost de-a dreptul un dezastru. N-am găsit nimic plăcut să-i spun în toată călătoria. Nu voiam să fiu

cu el; nu voiam să mă uit la el. Am încercat să facem dragoste, şi am avut dureri, şi pur şi simplu n-a mers. Vedeam cât e de îndrăgostit. Şi eu îmi ziceam: nu pot să cred. Crezusem că o să fie altfel. Şi mă simţeam îngrozitor la gândul că i-am distrus viaţa şi i-am frânt inima.“

Spre sfârşitul lui septembrie, a revenit la regimul homeopatic. A fost stabilizator, dar n-a putut s-o scoată din ceea ce devenise o depresie cu adevărat acută. „Eram la lucru“, îşi aminteşte ea, „şi deodată simţeam că sunt pe cale să am o cădere psihică şi să plâng. Eram atât de îngrijorată că s-ar putea să mă port neprofesional, încât de-abia reuşeam să-mi fac treaba. Trebuia să mă-nvoiesc, şi să zic că mă doare capul, şi să plec acasă. Uram totul; îmi uram viaţa. Voiam divorţul sau anularea căsătoriei. Simţeam că n-am prieteni; simţeam că n-am viitor. Făcusem greşeala asta cumplită. Îmi ziceam: «Doamne, ce-o să vorbim tot restul vieţii noastre? O să trebuiască să cinăm împreună, şi ce-o să spunem? Eu nu mai am nimic de spus.» Şi el, desigur, simţea că e vina lui, şi se ura din răsputeri, şi nu voia să se radă sau să se ducă la lucru, nu voia nimic. Nu mă purtam frumos cu el, o ştiu. Făcea tot ce-i stătea în puteri şi nu ştia ce să mai facă. Nimic din ce ar fi putut face n-ar fi fost bine pentru mine, orice ar fi fost. Dar n-am văzut asta atunci. Îi spuneam să plece, că vreau să fiu singură; iar ceea ce aş fi vrut cu adevărat era ca el să insiste să stea cu mine. «Ce contează cu adevărat pentru mine?» mă întrebam. «Nu ştiu.» «Ce m-ar face fericită?» «Nu ştiu.» «Ei bine, ce anume vreau?» «Pur şi simplu, nu ştiu.» Şi asta m-a speriat de-a binelea. N-aveam nici o idee. Nu exista nici un lucru pe care să-l aştept cu nerăbdare. Polarizam toate astea asupra lui. Ştiam că mă port oribil cu el – am ştiut-o şi atunci, şi totuşi n-am fost în stare s-o isprăvesc.“ În octombrie, a luat prânzul cu o prietenă, care i-a spus că are „acea strălucire a căsniciei fericite“, iar ea a izbucnit în plâns.

A fost cea mai rea perioadă a ei de la liceu încoace. În cele din urmă, în noiembrie, prietenii au convins-o să revină la medicina occidentală. Psihiatrul ei i-a spus că a fost nebună să insiste atâta cu tratamentele homeopatice, şi i-a dat patruzeci şi opt de ore să-şi cureţe organismul înainte de a începe să ia celexa. „Diferenţa s-a văzut pe loc. Încă mai aveam momente şi gânduri depresive, şi-mi blochează impulsul sexual, aşa că simt că trebuie să mă străduiesc mult să fac asta, de dragul soţului meu – nu-i doar interesul faţă de sex care dispare, ci sunt şi probleme fizice, aşa încât nu pot nici măcar să mă umezesc! Poate că am vreo doi la sută interes în momentul ovulaţiei, aşa că asta-i perioada de vârf a lunii. Dar totul e mult mai bine. Soţul meu e tare

agreabil; spune: «Nu m-am însurat cu tine pentru sex, nu contează.» Cred că se simte pur şi simplu uşurat că nu mai sunt monstrul care am fost de la nuntă încoace. Vieţile noastre par să se restabilizeze. Pot să văd la el calităţile pe care le voiam – a revenit siguranţa afectivă. Cuibărirea e prezentă din nou. Am multe nevoi, iar acum el mi le împlineşte, şi-i place şi lui cuibărirea. M-a făcut să mă simt ca un om bun. Şi sunt fericită să fiu iar cu el. Mă iubeşte, şi asta e o mare comoară. Relaţia noastră e acum minunată cel puţin optzeci la sută.

Mă simt într-o stare niţel artificială. Când luam cu zece miligrame mai puţin medicament, momentele depresive îşi făceau din nou apariţia, şi erau foarte neliniştitoare şi perturbante şi cu adevărat dureroase şi greu de ieşit din ele – cu toate că am putut să ies, şi am făcut-o. Şi simt că am în continuare nevoie de asta, ca să rămân în stare bună. Nu mă simt stabilă. Nu am aceeaşi senzaţie de plutire lină pe care am avut-o pe când plănuiam nunta. Dacă m-aş simţi într-o siguranţă rezonabilă, aş renunţa la medicamente; dar nu mă simt cu adevărat în siguranţă. Mi-e din ce în ce mai greu să trag o linie între mine cea depresivă şi mine cea nedepresivă. Cred că am în mine o tendinţă depresivă chiar mai puternică decât depresiile reale. Depresia nu e scopul suprem al vieţii mele. Ştii, n-am de gând să zac în pat tot restul vieţii şi să sufăr. Oamenii care au succes, în ciuda depresiei, fac trei lucruri. În primul rând, caută să înţeleagă ce se întâmplă. Apoi, acceptă faptul că este o situaţie permanentă. După care trebuie să-şi depăşească, într-un fel sau altul, experienţa şi să crească din ea şi să se aşeze în lumea oamenilor reali. După ce ai realizat înţelegerea şi creşterea, îţi dai seama că poţi interacţiona cu lumea şi-ţi poţi trăi viaţa şi-ţi poţi vedea de muncă. Nu te mai simţi atât de paralizat – şi ce simţământ de triumf te încearcă! O persoană depresivă care e în stare să renunţe la preocuparea exclusivă faţă de propriile probleme nu e atât de insuportabilă ca una care nu-i în stare. La început, când mi-am dat seama că o să-mi petrec toată viaţa în hora stărilor de spirit, mi-a picat tare prost. Dar acum simt că *nu* sunt neajutorată. Aceasta a devenit principala ţintă a vieţii mele: cum să evoluez din asta? Poate că mă doare acum, dar cum pot să învăţ din ea?“ Claudia Weaver îşi înclină capul într-o parte. „Am înţeles asta. Sunt norocoasă.“ Spiritul ei iscoditor, în aceeaşi măsură cu orice tratament experimental, a fost ceea ce i-a îngăduit să iasă din lupta cu viaţa mai mult sau mai puţin nevătămată, în ciuda tuturor greutăţilor pe care le-a înfruntat.

Dintre terapiile de grup pe care le-am studiat, cea care-mi pare cea mai

subtilă, din care înveţi cel mai mult, care a adus oamenii cel mai aproape de soluţie a fost cea bazată pe activitatea lui Bert Hellinger,[155] din Germania. Hellinger, fost pastor, cândva misionar printre zuluşi, are mulţi adepţi devotaţi ai activităţii sale de tip *Gestalt*. Unul dintre discipolii lui Hellinger, Reinhard Lier, s-a dus în SUA în 1998 şi a efectuat un tratament intensiv, la care am participat şi eu, scepticismul meu înnăscut făcând loc respectului faţă de acel proces, pe măsură ce mă angrenam tot mai mult în el. Tratamentul lui Lier a avut un anumit efect asupra mea, şi am văzut că a avut un efect enorm asupra altora din grup. Asemenea desensibilizării şi reprocesării prin mişcarea ochilor (EMDR), activitatea de tip Hellinger are, probabil, cea mai mare eficienţă la persoanele care au a face cu traume; pentru scopurile lui Lier însă, elementul traumatic poate fi un fapt esenţial – de pildă, „mama mă urăşte“ –, şi nu un eveniment unic, limitat de timp.

Vreo douăzeci dintre noi ne-am adunat şi am stabilit adevărul pe baza unor exerciţii elementare. Apoi, fiecăruia dintre noi i s-a cerut să construiască o poveste despre lucrul care a fost cel mai dureros din viaţa sa. Ne-am împărtăşit poveştile în forma de bază şi am fost puşi să alegem persoane din grup care să reprezinte celelalte personaje din poveştile noastre. Apoi, Reinhard Lier a creat un fel de dans complicat, folosind acele persoane ca pe nişte repere fizice, i-a aşezat unii în faţa altora, făcând subiectul să se mişte în jur şi spunând din nou povestea, aşa încât să se îndrepte către o rezolvare mai bună. A numit aceste formaţiuni „constelaţii de familii“. Eu am ales să iau moartea mamei ca origine a depresiei mele. Cineva juca rolul mamei mele, altcineva pe al tatălui meu, altcineva pe al fratelui meu. Lier zicea că îi vrea acolo şi pe bunici, cel pe care l-am cunoscut şi cei trei pe care nu i-am cunoscut. Pe când ne muta de colo-colo, mi-a cerut să vorbesc direct cu aceste personaje. „Ce i-ai spune tatălui mamei tale, care a murit când mama ta era încă destul de tânără?“ a întrebat. Din toată activitatea mea legată de depresie, acesta a fost, poate, tratamentul cel mai apropiat de un conducător charismatic. Lier a reuşit să declanşeze multă forţă în fiecare dintre noi, şi, după douăzeci de minute petrecute cu coregrafia lui şi cu rostirea unor lucruri, m-am simţit ca şi cum vorbeam iar cu mama, şi i-am spus nişte lucruri pe care le gândeam sau le simţeam. Apoi, vraja s-a rupt şi eram într-o sală de seminar dintr-un centru de conferinţe din New Jersey – dar, în ziua aceea, am plecat cu un sentiment de împăcare, ca şi cum ceva s-ar fi rezolvat. Poate că a fost doar faptul că le-am adresat cuvinte acelor forţe cu care nu vorbesc niciodată, bunicii dispăruţi şi mama mea pierdută, dar am fost

emoţionat de proces şi m-am gândit că are ceva sacrosanct în el. Nu vindeca depresia, dar putea aduce, într-o anumită măsură, pacea.

Cel mai captivant din grupul nostru a fost un bărbat de origine germană, care a descoperit că părinţii săi lucraseră într-un lagăr de concentrare. Incapabil să proceseze această oroare, a intrat într-o depresie majoră. În timpul discursurilor către diferiţii membri ai familiei, care erau amplasaţi de Reinhard Lier mai aproape şi mai departe de el, bărbatul a plâns fără încetare. „Aceasta e mama ta“, a spus Lier la un moment dat. „A făcut lucruri îngrozitoare. Dar, de asemenea, te-a iubit şi te-a protejat când erai copil. Spune-i că te-a trădat, şi apoi spune-i că o s-o iubeşti totdeauna. Nu încerca s-o ierţi.“ Suna forţat, dar era, de fapt, puternic într-un mod agreabil.

E greu de vorbit despre depresie în timpul depresiei, chiar şi cu prietenii, aşa că ideea de grupuri de sprijin pentru depresie pare împotriva logicii. Şi totuşi, aceste grupuri au proliferat pe măsură ce cazurile de depresie au fost identificate mai pe larg şi pe măsură ce fondurile pentru terapie s-au redus. Nu m-am dus la grupuri de sprijin în timpul depresiei mele – din snobism, apatie, ignoranţă şi dorinţa de intimitate –, dar am început să mă duc când lucram la această carte. Există sute de organizaţii – în cea mai mare parte, spitale – care conduc grupuri de sprijin pe tot teritoriul SUA şi în întreaga lume. Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA), la Johns Hopkins, conduce şaizeci şi două de grupuri de sprijin diferite, a creat un sistem de perechi de confidenţi şi publică un buletin informativ deosebit de bun, numit *Smooth Sailing*. Grupurile de Sprijin pentru Tulburări de Personalitate (MDSG), cu sediul la New York, reprezintă cea mai mare organizaţie de sprijin din SUA, care conduce săptămânal paisprezece grupuri de sprijin şi serveşte anual circa şapte mii de participanţi; MDSG sponsorizează zece conferinţe pe an, la fiecare dintre ele participând circa o sută cincizeci de persoane. Publică un buletin informativ trimestrial, trimis la circa şase mii de persoane. Întâlnirile MDSG de desfăşoară în diferite locuri; eu m-am dus mai mult la cele de la Beth Israel Hospital din New York, la şapte şi jumătate în fiecare seară de vineri, când cei mai mulţi dintre oamenii depresivi nu au întâlniri romantice. Ca să intri, plăteşti 4 dolari în numerar şi ţi se dă o etichetă autocolantă pe care scrie doar prenumele, pe care o porţi la întâlnirile cu circa o duzină de participanţi şi un mediator. Mai întâi, fiecare se prezintă şi spune ce aşteaptă de la întâlnire. După care începe o discuţie mai generală. Oamenii îşi spun povestea şi-şi oferă unul altuia sfaturi, uneori joacă jocuri de *one-downsmanship*[156]. Şedinţele durează două ore. Sunt

cumplite, înrobitoare, sfâşietoare, pline de oameni care nu reacţionează la tratamente, abandonaţi, care au avut multe episoade grave. Aceste grupuri încearcă să compenseze caracterul din ce în ce mai impersonal al sistemelor medicale; mulţi dintre ei au distrus, cu boala lor, relaţii şi şi-au pierdut rude şi prieteni.

Într-o întâlnire tipică, am intrat într-o încăpere inundată de lumină fluorescentă şi am găsit zece persoane care aşteptau să-şi spună povestea. Depresivii nu dau mare atenţie hainelor, şi adesea consideră că, pentru a face baie, se cheltuieşte prea multă energie. Mulţi dintre oamenii aceştia arată la fel de jalnic cum se simt. M-am dus în şapte zile de vineri. Ultima dată când am fost acolo, John a vorbit primul, pentru că-i plăcea să vorbească şi se descurca destul de bine, venise aproape în fiecare săptămână de zece ani încoace şi ştia cum merge treaba. John îşi păstrase serviciul, n-a lipsit nici o zi de la muncă. Nu voia să ia medicamente, dar experimenta cu plante şi vitamine. Credea că o să reuşească. Dana era prea deprimată în seara aceea ca să vorbească. S-a ghemuit cu bărbia pe genunchi şi a promis că o să încerce să vorbească mai târziu. Anne nu fusese la MDSG de o bucată de vreme. Avusese o perioadă rea: luase effexor pentru depresie şi a ajutat-o mult. Apoi, când i s-a mărit doza, a devenit paranoică, a „luat-o razna“. Credea că e urmărită de Mafia şi se baricada în apartament. În cele din urmă, a fost internată şi i s-au dat „toate medicamentele, absolut toate“, după care, când nici unul nu i-a fost de folos, a primit electroşocuri. Nu-şi amintea prea multe din acea perioadă; electroşocurile îi şterseseră o mulţime de amintiri. Fusese cadru de conducere. Acum, îşi câştiga pâinea hrănind pisicile oamenilor. În ziua aceea, pierduse doi clienţi, iar renunţarea la serviciile ei era greu de suportat. Ca şi umilinţa. Aşa că a hotărât să se ducă în seara aceea acolo. Ochii i s-au umplut de lacrimi. „Sunteţi cu toţii atât de drăguţi, ascultându-vă unul pe altul“, a spus. „Acolo, afară, nimeni nu ascultă.“ Am încercat s-o ajutăm. „Am avut atâţia prieteni. Au dispărut acum cu toţii. Dar mă descurc. Mersul pe jos dintr-o parte-n alta ca să hrănesc pisicile e bun, mă face să mă mişc continuu, mersul pe jos ajută.“

Jaime a fost silit să demisioneze din postul său de la o „agenţie guvernamentală“, pentru că lipsise prea multe zile. Avusese concediu medical trei ani. Dintre oamenii pe care-i mai ştia, mulţi nu puteau să înţeleagă. El pretindea că încă mai are acel post şi nu răspundea la telefon în timpul zilei. Părea să se simtă bine în seara aceea, mai bine decât îl văzusem vreodată. „Dacă n-aş putea să păstrez aparenţele“, a zis, „m-aş omorî. Asta e ceea ce

mă ţine pe linia de plutire.“ Venea la rând Howie. Şezuse acolo toată seara, strângând la piept o pufoaică mare. Howie venea adesea şi vorbea rareori. Se uita prin încăpere. Avea patruzeci de ani şi nu avusese niciodată un serviciu cu normă întreagă. Cu două săptămâni înainte, anunţase că e pe cale să-şi ia unul, să-şi schimbe veniturile, să fie ca o persoană normală. Lua nişte medicamente bune, care păreau să-l ajute. Ce-ar fi fost însă dacă nu mai aveau efect? Putea primi iar venitul suplimentar de securitate (*supplementary security income* – SSI) pentru dizabilitate, cei 85 de dolari pe lună? I-am spus cu toţii s-o facă, să încerce serviciul, dar în seara aceea ne-a spus că renunţase; era prea înspăimântător pentru el. Anne l-a întrebat dacă stările lui de spirit sunt constante, dacă evenimentele exterioare au vreun efect, dacă se simţea altfel când îşi lua concediu. Howie a întors către ea o privire goală. „N-am avut niciodată concediu“, a zis. Toată lumea se uita în continuare la el. Şi-a târşâit un pic picioarele pe podea. „Îmi pare rău. Vreau să spun, presupun că n-am avut niciodată ceva din care să-mi iau concediu.“

Polly a spus: „Aud lumea vorbind de cicluri, despre intrare şi ieşire din stările de spirit, şi mă simt cu adevărat invidioasă. Mie nu mi s-a-ntâmplat niciodată. Aşa am fost întotdeauna; am fost un copil posomorât, nefericit, neliniştit. A mai rămas vreo speranţă pentru mine?“ Lua nardil şi a observat că clonidina în microdoze o salva de transpiraţia intensă de care suferea. Iniţial, luase litiu, dar a făcut-o să se îngraşe cu peste şapte kilograme pe lună, aşa că n-a mai luat. Cineva s-a gândit că ea ar trebui să ia depakote, care poate fi de folos împreună cu nardil. Restricţionarea mâncării la luarea de nardil era o adevărată belea. Jaime a spus că paxilul l-a făcut să se simtă şi mai rău. Mags a zis că luase paxil, dar n-a dat rezultate. Mags părea că vorbeşte prin ceaţă. „Nu pot lua o hotărâre“, a zis. „Nu pot lua nici o hotărâre.“ Mags era atât de apatică, încât odată nu s-a sculat din pat câteva săptămâni la rând. Terapeutul ei aproape că a silit-o să participe la acest grup. „Înainte de medicamente, eram acea persoană nevrotică, jalnică, cu gânduri de suicid“, a zis. „Acum, pur şi simplu nu mă mai sinchisesc de nimic.“ S-a uitat în jur, de parcă noi am fi fost comitetul de triere de la poarta raiului. „Cum e mai bine? Care persoană ar trebui să fiu?“ John a dat din cap. „Asta-i problema, că leacul e mai rău ca boala“, a zis. Şi apoi, a venit rândul lui Cheryl. Şi-a rotit privirea, dar era clar că nu-l vedea pe nici unul dintre noi. Soţul ei o adusese aici, sperând ca asta s-o ajute, şi aştepta afară. „Mă simt“, a spus cu vocea plată, ca un casetofon vechi mergând cu viteză mai mică, „de parcă am murit acum câteva săptămâni, dar corpul meu încă n-a descoperit

asta.“

Această adunare tristă, cu dureri împărtăşite, era unica ieşire din izolare a mulţi dintre cei de acolo. Îmi amintesc din cele mai rele momente ale mele chipurile acelea nerăbdătoare, întrebătoare, ori pe tata zicând: „Te simţi mai bine?“ şi cât de dezamăgit mă simţeam când trebuia să zic: „Nu, nu prea.“ Unii dintre prieteni au fost fantastici, dar cu ceilalţi m-am simţit obligat să mă port cu tact. Şi glumeţ. „Mi-ar plăcea să vin, dar tocmai am o cădere nervoasă, chiar acum, n-am putea s-o lăsăm pe altă dată?“ E uşor să ţii secrete dacă eşti sincer pe un ton ironic. Acea stare de spirit fundamentală din grupul de sprijin – azi mi-e mintea acasă, şi ţie ţi-e? – spunea mai mult decât cărţi întregi, şi, aproape fără voie, am început să mă destind. Sunt atât de multe lucruri ce nu pot fi spuse în timpul depresiei, care pot fi doar intuite de cei care ştiu. „Dacă aş fi în cârje, nu mi s-ar cere să dansez“, a spus o femeie despre eforturile necontenite ale familiei sale de a o face să iasă din casă şi să se distreze. E atât de multă durere în lume, iar cei mai mulţi dintre aceşti oameni îşi păstrează taina, târându-se de-a lungul unor vieţi chinuitoare în scaune cu rotile, puşi în invizibile corsete de ghips. Ne menţineam reciproc pe linia de plutire prin ceea ce spuneam. Într-o seară, Sue, chinuită, cu lacrimile curgându-i prin rimelul gros, a spus: „Trebuie să ştiu dacă vreunul dintre voi s-a simţit aşa şi a ieşit la lumină. Să-mi spună cineva asta, am bătut tot drumul până aici ca să aud asta: e oare adevărat? Vă rog să-mi spuneţi că e.“ În altă seară, cineva a spus: „Mă doare aşa de tare sufletul; pur şi simplu, am nevoie să fiu în contact cu alţi oameni.“

La grupul de sprijin pentru tulburări de personalitate, sunt îndeplinite şi scopuri practice, în special pentru cei care nu sunt răsfăţaţi de prieteni, familie şi nu au o asigurare de sănătate excelentă. Nu vrei să ştie patronul tău, sau viitorul patron; ce poţi spune fără să minţi? Din nefericire, participanţii cu care am avut a face păreau, de cele mai multe ori, să-şi ofere unii altora un sprijin excelent şi o consiliere groaznică. Dacă ţi-ai scrântit glezna, alţii cu glezna scrântită pot fi în stare să-ţi dea indicaţii utile, dar dacă ai o maladie mintală n-ar trebui să te bazezi pe persoane cu maladie mintală ca să-ţi spună ce să faci. M-am folosit de cunoştinţele mele obţinute din cărţi, scandalizat de proasta consiliere de care avuseseră parte mulţi dintre aceşti oameni, dar era greu să capăt multă autoritate. Christian era, evident, bipolar, fără medicamente, şi devenea maniac; sunt sigur că o să aibă o fază sinucigaşă înainte de apariţia acestei cărţi. Natasha n-ar fi trebuit să *se gândească* să renunţe atât de curând la paxil. Claudia trecuse prin ceea ce păreau să fie

electroşocuri prost administrate şi excesive, şi apoi prescrierea unei cantităţi prea mari de medicamente o transformase în zombi; Jaime ar fi putut, cu electroşocuri, să fie în stare să-şi păstreze serviciul adevărat, dar nu ştia nimic despre felul în care funcţionează în realitate electroşocurile, iar ceea ce avea de spus Claudia n-a avut darul să-l liniştească.

Odată, cineva vorbea despre încercarea de a le explica prietenilor ce se întâmplă. Un bărbat care venea de mult la grupul de sprijin pentru tulburări de personalitate, Stephen, a întrebat grupul: „Aveţi prieteni în afară de cei de aici?“ Doar unul dintre ei şi cu mine am spus că avem. Stephen a spus: „Încerc să mă împrietenesc, dar nu ştiu cum. Am fost prea mult timp retras în mine. Am luat prozac, şi a dat rezultate un an, şi apoi n-a mai mers. Cred că m-am descurcat mai bine în acel an, dar nu mai ştiu cum se face.“ S-a uitat la mine ciudat. Era trist, şi blând, şi inteligent – dar era dus. „Cum întâlneşti alţi oameni, în afară de cei de aici?“ Şi, înainte să pot răspunde, a adăugat: „Şi, după ce i-ai întâlnit, despre ce vorbeşti?“

Asemenea tuturor bolilor, depresia este o mare egalizatoare, dar n-am întâlnit pe nimeni depresiv care să semene mai puţin cu un posibil candidat la depresie ca Frank Rusakoff, de douăzeci şi nouă de ani, amabil, politicos, deschis şi chipeş, genul de persoană ce pare cu totul normală, în afară de faptul că suferă de o depresie groaznică. „Vrei să intri în capul meu?“ a scris odată. „Eşti bine-venit. Nu e întocmai ceea ce te aşteptai? Nu e întocmai ceea ce mă aşteptam nici eu.“[157] Cam la un an după terminarea facultăţii, Frank Rusakoff era la un film când prima depresie a pus stăpânire pe el. În cei şapte ani care au urmat, a fost internat în spital de treizeci de ori.

Primul episod a venit din senin: „Pe drum spre casă de la un film, mi-am dat seama că o să intru cu maşina într-un copac. Simţeam ca şi cum o greutate îmi apăsa în jos piciorul drept, ca şi cum cineva mă trăgea de mâini. Mi-am dat seama că n-am să pot ajunge acasă, pentru că în direcţia aceea erau prea mulţi copaci, şi era din ce în ce mai greu să mă împotrivesc, aşa că m-am dus la spital.“ În anii care au urmat, Frank a luat, pe rând, toate medicamentele ca la carte, dar n-a rezolvat nimic. „La spital, am încercat cu adevărat să mă strâng singur de gât.“ În cele din urmă, a făcut electroşocuri. L-au ajutat, dar l-au şi smintit un pic. „Aveam halucinaţii, am atacat alt pacient, a trebuit să fiu ţinut la izolare o vreme“, îşi aminteşte. Timp de cinci ani după aceea, Frank a făcut electroşocuri suplimentare (câte o şedinţă, nu o serie) ori de câte ori îl lovea iar depresia, de obicei cam o dată la şase săptămâni. I s-a prescris o combinaţie de litiu, wellbutrin, ativan, doxepin, cytomel şi

synthroid. „Electroşocurile dau rezultate, dar le urăsc. Sunt complet sigure, şi le-aş recomanda altora, dar ţi se bagă în cap electricitate, şi asta e înspăimântător. Urăsc problemele legate de memorie. Îmi dă dureri de cap. Totdeauna mă tem că cei de acolo o să facă o greşeală şi n-o să mă mai trezesc. Ţin un jurnal ca să-mi pot aminti ce s-a petrecut; altfel n-aş avea habar.“

Fiecare are în minte propria ierarhie a tratamentelor, dar chirurgia este, pentru toţi, ultima soluţie. Lobotomiile, efectuate prima oară la începutul secolului al XX-lea, au devenit populare în anii ’30 şi, mai ales, după cel de-al Doilea Război Mondial. Veteranilor care se întorceau cu şocuri provocate de obuze sau cu nevroză li se făceau, de obicei, operaţii stângace, în care le era extirpat lobul frontal (sau alte secţiuni ale creierului). În epoca de glorie a lobotomiilor, în SUA se făceau anual circa cinci mii, provocând anual două sute cincizeci-cinci sute de decese. Psihochirurgia trăieşte în această umbră. „E trist“ – spune Elliot Valenstein, care a scris o istorie a psihochirurgiei – „că oamenii încă mai leagă aceste operaţii de controlul minţii şi fug de ele.“ În California, unde electroşocurile au fost o vreme ilegale, psihochirurgia este încă ilegală. „Cifrele legate de psihochirurgie sunt semnificative“, spune Valenstein. „Circa 70 la sută din persoanele-ţintă – persoane la care n-a dat rezultat nimic altceva – au cel puţin o reacţie; cam 30 la sută dintre aceştia prezintă o ameliorare cu adevărat însemnată. Această procedură se aplică doar persoanelor cu boli psihice grave şi durabile, care nu au reacţionat la medicamente şi la electroşocuri, la care n-a dat rezultate nimic din ceea ce li s-a aplicat, care rămân bolnave sau cu dizabilităţi grave: cazurile cele mai refractare. Este lucrul la care se recurge în ultimă instanţă. Nu folosim decât cele mai blânde proceduri, şi uneori trebuie s-o facem de două-trei ori, dar preferăm aceasta modelului european, care este să faci imediat o operaţie mai grea. Am constatat că la cingulotomie nu apar modificări permanente ale memoriei sau ale funcţiei cognitive ori ale funcţiei intelectuale.“

Când l-am cunoscut pe Frank, tocmai făcuse o cingulotomie. În acea procedură, scalpul este amorţit local, iar chirurgul face un mic orificiu în partea anterioară a craniului. Apoi, aplică un electrod direct pe creier, pentru a distruge zone tisulare de opt pe optsprezece milimetri. Procedura se efectuează sub anestezie locală cu sedare, folosind un cadru stereotactic. Acest gen de operaţie se face, în prezent, doar în câteva locuri, în frunte cu Massachusetts General Hospital din Boston, unde Frank a fost pacientul lui Reese Cosgrove, cel mai mare psihochirurg din SUA.

Nu e uşor să intri în procedura cingulotomiei; trebuie să fii examinat de o comisie de triere şi să treci printr-un baraj interminabil de teste şi întrebări. Trecerea în revistă dinaintea operaţiei durează cel puţin douăsprezece luni. Mass General, cel mai activ centru, nu efectuează decât cincisprezece-douăzeci pe an. Ca şi în cazul antidepresivelor, operaţia are, de obicei, efect întârziat, arătându-şi foloasele adesea după şase-opt săptămâni, aşa încât probabil că foloasele nu vin de la eliminarea anumitor celule, ci de la rolul pe care-l joacă eliminarea acelor celule în funcţionarea altor celule. „Nu cunoaştem patopsihologia; nu cunoaştem mecanismele care fac ca asta să dea rezultate“, spune Cosgrove.

„Îmi pun speranţe în cingulotomie“, mi-a spus Frank când ne-am întâlnit. Mi-a descris procedura cu un pic de detaşare. „Am auzit burghiul intrându-mi în ţeastă, ca atunci când eşti la dentist. Au făcut două găuri, ca să poată arde leziunile din creierul meu. Anestezistul spusese că, dacă vreau o doză mai mare de medicamente, mi le poate da, şi zăceam acolo şi ascultam cum mi se deschide ţeasta, aşa că am zis: «Asta mă cam înfioară; mă poţi ajuta să mă cufund un pic mai mult?» Sper că o să dea rezultate; dacă nu, am un plan, avusesem un plan cum să termin cu toate astea, pentru că pur şi simplu nu pot continua aşa.“

După câteva luni, se simţea ceva mai bine şi încerca să-şi restructureze viaţa. „Viitorul mi se pare foarte înnegurat în momentul ăsta. Aş vrea să scriu, dar încrederea în mine e tare scăzută. Nu ştiu ce fel de lucruri aş putea să scriu. Bănuiesc că a fi deprimat tot timpul era, de fapt, un spaţiu destul de sigur în care să te afli. N-aveam grijile din lumea reală pe care le are oricine, pentru că ştiam că pur şi simplu nu pot funcţiona destul de bine ca să am grijă de mine. Ce fac acum? Încerc să pun capăt obiceiurilor din anii de depresie, asta fac pe moment împreună cu doctorul meu.“

Operaţia lui Frank, în combinaţie cu zyprexa, a avut succes. În anul următor, a avut câteva momente rele, dar n-a fost internat niciodată. În acest timp, mi-a scris despre progresul făcut şi a povestit că a putut să stea treaz o noapte întreagă la nunta unui prieten. „Înainte“ – scria el – „n-am putut face asta, din cauza temerii că mi-ar putea afecta starea de spirit precară.“ A fost acceptat într-un program de licenţă la Johns Hopkins, ca să înveţe jurnalism pentru domeniul ştiinţelor. S-a hotărât cu mult entuziasm să se ducă. Avea o prietenă cu care, pe moment, era fericit. „Sunt cam mirat când cineva vrea să se complice cu problemele evidente cu care am a face, dar sunt de-a dreptul încântat să am parte atât de companie, cât şi de o poveste de dragoste.

Prietena mea e ceva pe care merită să-l aştepţi cu nerăbdare.“

Şi-a redactat cu succes lucrarea de licenţă şi şi-a găsit de lucru la o firmă de internet care-şi începea activitatea. Mi-a scris la începutul anului 2000 despre Crăciun. „Tata mi-a făcut două cadouri: primul e un stativ automat pentru CD-uri de la The Sharper Image – nu-i deloc necesar şi e cu totul extravagant, dar tata ştia c-o să mă stimuleze. Am deschis cutia aia enormă şi am văzut ceva ce nu-mi trebuia deloc şi am ştiut că tata sărbătorea faptul că trăiesc pe cont propriu, că am o slujbă ce pare să-mi placă şi că-mi pot plăti singur facturile. Celălalt cadou a fost o fotografie a bunicii mele care s-a sinucis. Când am deschis cadoul, am izbucnit în plâns. Era frumoasă. E prinsă din profil, privind în jos. Tata a zis că poza e probabil de la începutul anilor ’30: e alb-negru, iar el i-a dat o nuanţă mată, albăstruie şi a pus-o într-o ramă de argint. Mama s-a apropiat de fotoliu şi a întrebat dacă plâng din cauza tuturor rudelor pe care nu le-am cunoscut, iar eu am zis: «A avut aceeaşi boală ca mine.» Acum plâng – nu pentru că aş fi prea trist –, ci pur şi simplu că sunt copleşit. Poate că e faptul că m-aş fi putut sinucide, dar n-am făcut-o, căci toţi cei din jurul meu m-au convins să merg mai departe – şi am făcut operaţia. Sunt viu şi recunoscător părinţilor mei şi câtorva doctori. Trăim la momentul potrivit, chiar dacă nu pare totdeauna aşa.“

Oamenii vin din toată partea de vest a Africii, unii chiar de mai departe, pentru ceremoniile mistice *ndeup* pentru boli mintale, practicate de cei din etnia lebou (iar unii din etnia serer) din Senegal. M-am dus în Africa să cercetez. Directorul principalului spital de boli mintale din Dakar, dr. Doudou Saar, care practică psihiatrie în stil occidental, a spus că e convins că toţi pacienţii săi au apelat la tratamente tradiţionale. „Uneori, se jenează să-mi spună despre aceste activităţi“, a zis. „Cred însă că vindecarea tradiţională şi cea modernă, deşi e bine să rămână separate, trebuie să coexiste; dacă aş avea eu însumi o problemă, iar medicina occidentală nu m-ar vindeca, aş apela la cea tradiţională.“ Chiar şi în spitalul lui prevalează obiceiurile senegaleze. Pentru a se interna acolo, bolnavul trebuie să vină cu un membru al familiei pe post de îngrijitor, care să stea cu el în spital; îngrijitorului i se dau instrucţiuni şi învaţă câteva principii pshiatrice de bază, ca să poată asigura continuitatea sănătăţii mintale a persoanei tratate. Spitalul e destul de rudimentar – rezervele costă 9 dolari pe zi, camerele semiprivate costă 5 dolari, iar saloanele mai mari, cu şiruri de paturi, costă 1,75 dolari. Întregul loc duhneşte, iar cei care au fost declaraţi periculoşi sunt închişi în spatele unor uşi de fier; îi auzi tot timpul văitându-se şi bubuind în uşi. Dar e acolo o

grădină frumoasă, în care internaţii cultivă legume, iar prezenţa numeroşilor îngrijitori ameliorează întru câtva aura de ciudăţenie înfricoşătoare care face ca multe spitale occidentale să arate atât de sinistru.

Ndeup este un ritual animist care, probabil, este mai vechi decât voodoo.[158] Senegalul este o ţară musulmană, însă genul de islamism local trece cu vederea aceste practici străvechi, care au loc în acelaşi timp în public şi oarecum în secret; poţi face un *ndeup* şi o să se adune toată lumea în jurul tău, dar nu prea vorbeşti despre asta. Mama unui prieten al prietenei unui prieten care s-a mutat la Dakar acum câţiva ani cunoştea un vindecător care ar fi putut conduce ceremonia, şi prin această legătură complicată am aranjat să beneficiez de un *ndeup*. Spre sfârşitul unei după-amiezi de sâmbătă, am luat un taxi, împreună cu nişte prieteni senegalezi, care ne-a dus din Dakar până în localitatea Rufisque, pe uliţe şi printre şandramale, adunându-i pe cei care voiau să participe, până ce am ajuns, în cele din urmă, la casa lui Mareme Diouf, bătrâna care avea să oficieze ceremonia. Bunica lui Mareme Diouf oficiase *ndeup* în acest loc şi o învăţase pe Mareme; bunica lui Mareme învăţase de la bunica sa, iar Mareme zicea că istoria familiei şi lanţul acesta mergeau aşa până la începutul vremurilor. Mareme Diouf ne-a ieşit în întâmpinare desculţă, cu turban şi cu un caftan lung, cu un imprimeu destul de fioros – imagini de ochi – şi împodobit cu dantelă verde ca mazărea. Ne-a dus în spatele colibei sale, unde, sub ramurile întinse ale unui baobab, erau vreo douăzeci de vase mari de lut şi tot atâţia stâlpi falici de lemn. Ne-a explicat că spiritele pe care le scotea din oameni erau puse în pământul de dedesubt şi că le hrănea prin acele vase, care erau umplute cu apă şi rădăcini. Dacă oamenii care trecuseră prin *ndeup* aveau vreun necaz, veneau să se scalde în acea apă sau s-o bea.

După ce am văzut toate astea, am urmat-o într-o odaie mică şi cam întunecoasă. S-a discutat mult despre ce trebuia făcut, şi ea a spus că totul depindea de ce vor spiritele. Mi-a luat mâna şi a cercetat-o cu atenţie, de parcă ar fi fost scris ceva pe ea. Apoi, mi-a suflat peste mână, m-a pus să mi-o aşez pe frunte şi a început să-mi examineze tactil ţeasta. M-a întrebat cum dorm şi dacă nu cumva am dureri de cap, apoi a declarat că o să îmbunăm spiritele cu o găină albă, un cocoş tânăr de culoare roşie şi un berbec alb. Apoi, a început tocmeala pentru plata ritualului *ndeup*; am scăzut preţul (până la vreo sută cincizeci de dolari), acceptând să cumpărăm noi ingredientele de care avea nevoie: şapte kilograme de mei, cinci kilograme de zahăr, un kilogram de nuci de cola, o tărtăcuţă, şapte metri de pânză albă, două vase

mari, o rogojină roşie, un coş de separare a grăunţelor de pleavă, o bâtă grea, cele două galinacee şi berbecul. Mi-a spus că unele dintre spiritele mele (în Senegal, ai spirite peste tot, unele care-ţi sunt necesare, unele neutre, unele vătămătoare – cam ca microbii) sunt invidioase pe relaţiile sexuale pe care le am cu partenerii mei de viaţă şi că acesta e motivul depresiei de care sufăr. „Trebuie să facem un sacrificiu“ – a declarat ea – „ca să le îmblânzim, şi apoi o să stea cuminţi, iar tu n-o să mai suferi de această agravare a depresiei. Vei fi pe deplin stăpân pe dorinţele tale şi o să dormi liniştit, fără nici un coşmar, iar spaima cea rea o să dispară.“

Am făcut al doilea drum până la Rufisque în zorii zilei de luni. Chiar lângă oraş, am văzut un păstor şi ne-am oprit să cumpărăm un berbec. Ne-am trudit un pic să-l băgăm în portbagajul taxiului, unde a scos sunete jalnice şi s-a uşurat din belşug; am mai mers zece minute şi iar am intrat în labirintul de uliţe de pe întinsul aşezării Rufisque. Am lăsat berbecul la Mareme şi ne-am dus la piaţă, să luăm celelalte lucruri, pe care una dintre prietenele mele şi le-a îngrămădit pe cap, ca turnul din Pisa; ne-am întors apoi cu o căruţă trasă de cai la casa lui Mareme Diouf.

Mi s-a spus să mă descalţ, şi apoi am fost dus în locul unde erau vasele. Fusese aşternut nisip curat şi se adunaseră cinci femei, toate cu caftane largi, coliere uriaşe din agat şi centuri făcute din săculeţe de pânză, ca nişte cârnaţi (îndesate cu obiecte simbolice şi rugăciuni). Una, care avea spre optzeci de ani, purta o pereche de ochelari de soare enormi, de genul Jackie Onassis. M-au pus să şed pe o rogojină, cu picioarele întinse drept înainte şi palmele întoarse în sus pentru ghicit. Femeile au luat de mai multe ori mei şi l-au turnat în coşul de separare a grăunţelor de pleavă, apoi au mai pus acolo o serie de obiecte cu puteri şamanice – beţe scurte şi groase, un corn de ceva, o gheară, o punguţă legată cu multă sfoară, o chestie rotundă din pânză roşie care avea cusute pe ea ghiocuri şi un smoc de păr de cal. Apoi, au pus peste mine o pânză albă şi mi-au pus coşul de şase ori pe cap, de şase ori pe fiecare braţ şi tot aşa peste tot corpul. Mi s-au dat beţele să le ţin şi apoi să le las din mână, iar femeile au vorbit între ele şi s-au sfătuit în privinţa felului în care căzuseră beţele. Am făcut asta de şase ori cu mâinile şi apoi de şase ori cu picioarele. Câţiva vulturi au venit şi s-au aşezat în baobabul de deasupra noastră; se pare că asta era de bun augur. Femeile mi-au scos apoi cămaşa şi mi-au pus la gât un şirag de agate. Mi-au frecat pieptul şi spatele cu mei. Mi-au spus să mă ridic în picioare, să-mi scot blugii şi să-mi pun o pânză în jurul şalelor, după care mi-au frecat cu mei braţele şi picioarele. În cele din urmă,

au adunat meiul care căzuse peste tot împrejur, l-au pus într-o bucată de ziar şi mi-au spus că trebuie să dorm cu el sub pernă o noapte, iar a doua zi să-l dau unui cerşetor care aude bine şi nu are nici o diformitate. Întrucât Africa este un continent al incongruenţelor, în tot acest timp de la radio s-a auzit tema din *Chariots of Fire*.[159]

Atunci, au apărut cinci toboşari şi au început să bată în tobele *tama*. Vreo duzină de oameni stăteau deja pe-acolo, iar când s-a auzit sunetul tobelor au început să se adune din ce în ce mai mulţi, până ce s-au strâns vreo două sute, toţi veniţi pentru *ndeup*. S-au adunat în cerc în jurul unei rogojini de pe iarbă. Berbecului i se legaseră picioarele şi zăcea pe o parte, părând destul de uimit de evenimente. Mi s-a spus că trebuie să mă culc la spatele lui şi să-l ţin strâns, aşa cum dormi cu cineva în pat în poziţia lingurii. Au pus pe mine un cearşaf şi apoi vreo două duzini de pături, aşa încât eu şi berbecul (pe care mi se spusese să-l ţin de coarne) am ajuns în beznă şi într-o căldură înăbuşitoare. Una dintre pături, pe care am văzut-o după aceea, avea brodate pe ea cuvintele *Je t'aime*. Tobele au răsunat tot mai tare, ritmurile erau din ce în ce mai implacabile, şi auzeam vocile celor cinci femei care cântau. Din când în când, aparent la sfârşitul unui cântec, tobele se opreau; începea apoi o voce, tobele i se alăturau, se adăugau şi celelalte patru voci, sporite, uneori, de vocile sutelor de privitori din jur. În toată această vreme, femeile dansau în jurul meu într-un cerc strâns, eu ţineam în braţe berbecul, şi ne loveau peste tot cu ceea ce am descoperit mai târziu că era cocoşelul cel roşu. De-abia mai răsuflam, mirosul berbecului era puternic (se uşurase iarăşi în micul nostru culcuş), pământul se zguduia de mişcarea mulţimii, şi abia mai puteam să ţin berbecul, care se zvârcolea din ce în ce mai disperat.

În cele din urmă, păturile au fost luate, am fost ridicat în picioare şi dus să dansez în ritmul din ce în ce mai accelerat al tobelor. Dansul îl conducea Mareme, şi toată lumea bătea din palme, în vreme ce eu imitam cum bate ea pământul cu picioarele şi cum loveşte cu putere aerul spre toboşari. Fiecare dintre celelalte femei a păşit pe rând în faţă, iar eu a trebuit să le imit, după care diferite femei au venit pe rând din mulţime şi a trebuit să dansez şi cu ele. Eram ameţit. Mareme a întins braţele către mine şi aproape că m-am prăbuşit între ele. O femeie a devenit brusc posedată şi a dansat isteric, ţopăind de parcă pământul ar fi fost în flăcări, şi apoi s-a prăbuşit complet. Am aflat mai târziu că avusese *ndeup* cu un an înainte. Când mi-am pierdut cu totul suflarea, tobele au încetat brusc, şi mi s-a spus să-mi scot lenjeria intimă, rămânând doar cu pânza din jurul şalelor. Berbecul era culcat pe jos,

şi a trebuit să păşesc peste el de şapte ori de la dreapta la stânga şi apoi de şapte ori de la stânga la dreapta, după care, pe când stăteam cu un picior de fiecare parte a lui, unul dintre cei care bătuseră toba a venit şi a pus un lighean de metal sub capul berbecului şi i-a tăiat beregata. A şters o parte a cuţitului pe fruntea mea, iar cealaltă parte pe ceafă. Sângele curgea, şi curând a umplut jumătate din vas. Mi s-a spus să-mi scald mâinile în sânge şi să sparg cheagurile când încep să se formeze. Încă ameţit, am făcut cum mi s-a spus, iar bărbatul a decapitat cocoşul şi i-a amestecat sângele cu cel al berbecului.

Am părăsit apoi mulţimea şi ne-am apropiat de vase, în locul în care fusesem mai devreme în acea dimineaţă. Acolo, femeile m-au mânjit cu sânge; trebuia să fie pus pe fiecare centimetru al trupului meu; mi l-au pus în păr, şi pe faţă, şi pe organele genitale, şi pe tălpi. M-au mânjit cu totul. Era cald, striveam bucăţile de sânge pe jumătate închegate, iar senzaţia era deosebit de plăcută. După ce am fost acoperit de sânge, una dintre ele a zis că e amiază şi mi-a oferit o coca-cola, pe care am luat-o bucuros. M-a lăsat să-mi spăl o parte din sângele de pe mână şi de pe gură, ca să pot bea. Altcineva mi-a adus un pic de pâine. Cineva cu ceas la mână a spus că ne putem odihni până la ora trei. Brusc, procedurile au devenit mai puţin solemne, iar una dintre femei a încercat să mă înveţe cântecele pe care le cântaseră în jurul meu dimineaţa, pe când zăceam sub pături. Pânza din jurul şalelor era udă leoarcă, iar muştele începuseră să se aşeze peste tot pe mine, atrase de mirosul sângelui. Între timp, berbecul fusese atârnat de baobab, iar unul dintre bărbaţi îl jupuia şi-l tranşa. Alt bărbat a luat un cuţit lung şi a săpat încet trei orificii perfect circulare, fiecare adânc de vreo jumătate de metru, aproape de vasele cu apă de la ritualurile *ndeup* dinainte. Eu stăteam acolo, încercând să-mi feresc ochii şi urechile de muşte. În cele din urmă, când găurile au fost gata şi s-a făcut ora trei, mi s-a spus să şed din nou, iar femeile mi-au legat braţele şi pieptul cu intestinele berbecului. Mi s-a spus să înfig adânc, în fiecare gaură, câte şapte beţe, la fiecare dintre ele spunând o rugăciune sau punându-mi o dorinţă. Apoi, am împărţit capul berbecului în trei părţi şi am pus câte una în fiecare gaură; au adăugat ierburi şi o bucăţică din fiecare parte a animalului, apoi bucăţele din cocoş. Mareme şi cu mine am pus pe rând, în fiecare gaură, câte şapte turte din mei şi zahăr. Apoi, ea a scos şapte pungi cu diferite prafuri făcute din frunze şi scoarţă de copac şi a presărat câte puţin din fiecare în toate găurile pe rând. Apoi, am împărţit şi am turnat restul sângelui; am fost dezlegat, intestinele au fost puse în gropi;

iar Mareme a pus frunze proaspete peste toate şi, împreună cu bărbatul (care tot încerca s-o ciupească de fund), a umplut gropile; după care, a trebuit să bat peste fiecare cu piciorul drept de câte trei ori. Am repetat apoi aceste cuvinte către spiritele mele: „Lăsaţi-mă; daţi-mi pace; şi lăsaţi-mă să fac lucrarea vieţii mele. N-o să vă uit niciodată.“ Ceva din această incantaţie mi se părea deosebit de atrăgător. „N-o să vă uit niciodată“ – ca şi cum trebuia să te îngrijeşti de mândria spiritelor, ca şi cum voiai să le pice bine faptul că ai pus să fie exorcizate.

Una dintre femei a uns cu sânge un vas de lut, aşezat peste locul pe care tocmai îl umplusem. O bâtă a fost înfiptă în pământ şi un amestec de mei, lapte şi apă a fost turnat peste toate vasele puse cu gura în jos de la ceremoniile dinainte şi pe vârful bâtelor falice. Vasul nostru a fost umplut cu apă în care au fost amestecate diferite prafuri din plante. Sângele de pe mine se uscase deja şi era ca şi cum aş fi fost acoperit de o crustă enormă, pielea îmi era strânsă. Mi s-a spus că e vremea să fiu spălat. Râzând cu gura până la urechi, femeile au început să cojească sângele de pe mine. M-am ridicat în picioare, iar ele au luat apă în gură şi m-au stropit cu ea, şi astfel, cu multă frecare, sângele s-a şters. În cele din urmă, a trebuit să beau cam o jumătate de litru de apă plină de prafurile pe care le folosise Mareme mai devreme. Când am fost curat de-a binelea şi cu o pânză curată în jurul şalelor, tobele au început să răpăie din nou şi mulţimea s-a întors. De data asta, dansul era de sărbătoare. „Ai scăpat de spiritele tale, te-au părăsit“, mi-a spus una dintre femei. Mi-a dat o sticlă cu apă amestecată cu praf de frunze şi mi-a spus să mă scald în această poţiune vindecătoare dacă mă mai deranjează spiritele din nou. Toboşarii, puşi pe glumă, au iuţit ritmul, şi am făcut o întrecere cu unul dintre ei, care bătea din ce în ce mai agresiv, în vreme ce eu săream din ce în ce mai sus – şi apoi a recunoscut că am fost la înălţime. Apoi, toată lumea a primit câteva turte şi o bucată din berbec (am luat cu noi un picior, să-l prăjim în seara aceea), şi Mareme mi-a spus că sunt liber. Trecuse de ora şase. Mulţimea ne-a urmărit taxiul atât cât a fost cu putinţă, apoi a rămas pe loc, fluturând mâinile, şi ne-am întors acasă cu sentimentul euforic că făcusem ceva sărbătoresc.

Ritualul *ndeup* m-a impresionat mai tare decât numeroase forme de terapie de grup practicate în prezent în SUA. Te înarmează cu o modalitate de reflecţie despre suferinţa depresiei – ca lucru exterior persoanei afectate şi separat de ea. Zdruncină organismul, ceea ce e sigur că poate să determine supraturarea proceselor chimice cerebrale – un soi de electroşocuri fără

punere în priză. Permite o experienţă intimă a comunităţii. Înseamnă un contact fizic strâns cu alţii. Dă ideea de moarte şi, în acelaşi timp, afirmă că tu însuţi eşti viu, şi cald, şi pulsezi. Îl sileşte pe cel afectat la multă mişcare fizică. Oferă confortul unei anumite proceduri la care să recurgi în cazul recidivei. Şi e plin de o energie tonifiantă – un tur de forţă absolut al mişcării şi sunetului. În sfârşit, este un ritual, iar efectul oricărui ritual – să fii mânjit cu sângele unui berbec şi al unui cocoş, ori să-i spui unui specialist ce a făcut mama când erai mic – nu trebuie să fie subestimat. Amestecul de mister şi specificitate are totdeauna o forţă enormă.

Cum să alegi dintre cele o mie de terapii ale depresiei? Care este modalitatea optimă de tratare a depresiei? Şi cum poţi combina aceste tratamente neconvenţionale cu unele mai tradiţionale? „Vă pot spune răspunsul care era corect în 1985“, zice Dorothy Arnsten, practiciană a terapiei interpersonale, care a studiat nenumărate sisteme de tratament. „Vă pot spune răspunsul care era corect în 1992; vă pot spune răspunsul care era corect în 1997, şi vi-l pot spune pe cel care e corect în acest moment. Dar are vreun rost să fac asta? Nu vi-l pot spune pe cel care va fi corect în 2004, dar vă pot spune că va fi cu siguranţă altul decât cel care e corect în acest moment.“ Psihiatria e supusă curentelor la fel de mult ca orice altă ştiinţă, şi revelaţia dintr-un an devine sminteala din anul următor.

E greu de ştiut cu precizie ce e în viitor. Nu am făcut decât puţine progrese în cunoaşterea depresiei, dar, în acelaşi timp, am făcut progrese enorme în tratarea depresiei. E greu de spus dacă tratamentul poate să continue să devanseze intuiţia, dat fiind că acest soi de dezvoltare depinde în mare măsură de noroc; şi va fi nevoie de mult timp până ce cunoaşterea va prinde din urmă ceea ce putem deja să facem. Dintre medicamentele aflate acum în ultimele faze ale testării, cel mai promiţător este reboxetina,[160] un inhibitor selectiv de recaptare a norepinefrinei. Norepinefrina, care e stimulată de antidepresivele triciclice, este implicată în depresie alături de serotonină şi dopamină, şi pare probabil ca un stimulator al norepinefrinei să funcţioneze bine şi cu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) şi poate cu wellbutrinul, o combinaţie care ar viza toţi neurotransmiţătorii. Primele studii arată că reboxetina este un produs bun pentru creşterea energiei pacienţilor şi îmbunătăţirea funcţionării lor sociale, cu toate că pare să provoace şi uscarea gurii, constipaţie, insomnie, accentuarea transpiraţiei şi accelerarea bătăilor inimii. Reboxetina e produsă de Pharmacia and Upjohn. Între timp, Merck a lucrat la produse care vizează altă substanţă din creier, substanţa P,[161] care

este implicată în reacţia de durere şi despre care ei cred că e implicată în depresie. Prima substanţă, pantagonist, pe care au creat-o nu pare să aibă prea mult succes la tratarea depresiei, dar investighează altele.

Oamenii de ştiinţă care lucrează la Proiectul anatomiei moleculei creierului (*Brain Molecule Anatomy Project* – BMAP) încearcă să afle care gene sunt implicate în dezvoltarea şi funcţionarea creierului. De asemenea, încearcă să afle când sunt active aceste gene. Manipularea genetică va fi mult uşurată de BMAP. „M-am hotărât pe ce să pariez“, spune Steven Hyman de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH). „Un pariu e pe gene. Cred că după ce o să avem câteva gene implicate în reglarea stării de spirit sau a bolii, dintr-odată o să zicem: «Ei bine, pe ce trasee sunt ele? Oare aceste trasee ne pot spune ce se petrece în creier? Ţinte terapeutice? Când anume pe parcursul dezvoltării sunt active aceste gene? Unde se află ele în creier? Care-i diferenţa de funcţionare a creierului între această versiune care creează vulnerabilitatea la boală şi acea versiune care n-o creează? Care sunt genele care construiesc această parte a creierului şi când anume o fac? Să ne închipuim că descoperim că un anumit subnucleu din corpul amigdaloid este implicat în mod esenţial în controlul afectului negativ, ceea ce este foarte probabil. Ce-ar fi să avem în faţa noastră fiecare genă care acţionează în acea structură pe tot parcursul dezvoltării? Ei bine, atunci avem o trusă de unelte pentru investigare. Nu există nici o genă a stării de spirit. Asta-i un fel de stenografie. Fiecare genă care este implicată într-o boală probabil că are multe alte funcţii în corp sau în creier. Creierul este un procesor partajat.»“

Dacă genomul uman este alcătuit din circa treizeci de mii de gene[162] – şi acest număr pare să tot crească, pe măsură ce descoperim din ce în ce mai multe dintre ele – şi fiecare dintre ele are cam zece varietăţi obişnuite importante, asta ne dă $10^{30.000}$ de candidate la vulnerabilitatea genetică umană la toate bolile. Cât de lungă e oare calea de la identificarea unor gene până la încercarea de a afla ce se întâmplă cu aceste gene în diferite combinaţii, în faze diferite, faţă de tipuri diferite de stimuli ambientali? Avem nevoie de forţa brută a cifrelor ca să verificăm toate posibilităţile de combinare. Apoi avem nevoie să vedem cum acţionează în diferite circumstanţe externe. Oricât de rapide ar fi calculatoarele noastre, aceste informaţii sunt încă la distanţă de o eternitate. Dintre toate bolile, depresia trebuie să fie aproape în fruntea listei cu cele supradeterminate: nu sunt genetician, dar pot să pariez că există cel puţin câteva sute de gene care ar putea duce la apariţia tulburărilor depresive. Felul în care declanşează aceste gene depresia depinde

de felul în care interacţionează cu stimulii externi şi între ele. Bănuiesc că cele mai multe dintre aceste gene au şi funcţii utile, iar simpla lor eliminare ar avea efecte vătămătoare semnificative. Informaţiile genetice ne-ar putea ajuta să controlăm anumite tipuri de depresie, însă şansele ca într-un viitor apropiat să putem elimina depresia prin manipulare genetică sunt, cred, mai subţiri decât gheaţa subţire.

Note

127. Citatul din Cehov figurează ca motto al poeziei lui Jane Kenion „Having It Out with Melancholy“, apărut în volumul Constance, p. 21, de unde l-am preluat.

128. Agent Orange sau Herbicide Orange (HO) este unul dintre erbicidele şi defoliantele utilizate de armata americană în Războiul din Vietnam, între 1961 şi 1971 (n.tr.).

129. Există multe studii despre legătura dintre exerciţiile fizice şi depresie: unul dintre cele mai riguroase este J.A. Blumenthal et al., Effects of exercise training on older patients with major depression, în Archives of Internal Medicine 159 (1999).

130. O discuţie extrem de accesibilă despre rolul regimului alimentar în combaterea depresiei se găseşte în Vicki Edgson şi Ian Marber, The Food Doctor, pp. 62–65.

131. Relaţia pe care o au uleiul de peşte şi acizii graşi omega-3 cu simptomele depresiei e descrisă de J.R. Calabrese et al., Fish Oils and Bipolar Disorders, în Archives of General Psychiatry 56, nr. 5 (1999).

132. TMS şi rTMS au fost afectate simultan de rate scăzute ale eficienţei şi rate înalte ale recidivei depresiei. Găsiţi o prezentare generală a procesului, teoriei şi metodei TMS în Eric Hollander, TMS, în CNS Spectrums 2, nr. 1 (1997). Pentru informaţii mai academice şi orientate spre cercetare, v. W.J. Triggs et al., Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold, în Biological Psychiatry 45, nr. 11 (1999), şi Alvaro Pascual-Leone et al., „Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistent depression“, Lancet 348 (1996).

133. Norman Rosenthal şi-a prezentat ideile despre tulburarea afectivă legată de anotimp în cartea sa Winter Blues.

134. Cifrele despre nivelurile luminii artificiale şi naturale pot fi deduse din Michael J. Norden, Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants, p. 36. Calculele s-au bazat pe 300 de lucşi pentru lumina din casă, 10.000 de lucşi pentru noile cutii cu lumină şi 100.000 de lucşi pentru o zi însorită.

135. Literatura despre desensibilizare şi reprocesare prin mişcări oculare (EMDR) e rară, dar cea mai bună carte cu acest subiect în legătură cu depresia este Philip Manfield (coord.), Extending EMDR.

136. Tratamentul meu din Sedona a fost la Enchantment Resort.

137. Ideile interesante ale lui Callahan apar, rezumate, în Fred Gallo, Energy Psychology. Găsiţi prezentarea pe care o face Callahan tehnicilor sale în cazurile de traumă în Roger J. Callahan şi Joanne Callahan, Stop the Nighmare of Trauma: Thought Field Therapy. Nu sunt convins că lucrările lui au o reală semnificaţie clinică, cu toate că modurile lui de gândire le sunt folositoare celor care aplică terapii mai convenţionale.

138. Outward Bound (OB) este o organizaţie internaţională independentă, nonprofit, de educaţie în aer liber, cu aproximativ patruzeci de şcoli în întreaga lume şi 200.000 de participanţi pe an. Programele OB îşi propun să favorizeze dezvoltarea personală şi competenţele sociale ale participanţilor, cu ajutorul unor expediţii dificile în aer liber (n.ed.).

139. Pasajul din Kurt Hahn este din Readings from the Hurricane Island Outward Bound School, p. 71, o minunată culegere de povestiri publicată de Hurricane Island Outward Bound şi vândută în magazinul lor, School Locker.

140. Michael Yapko a scris o monografie impresionantă şi utilă despre hipnoză şi tulburările de dispoziţie, numită Hypnosis and the Treatment of Depressions.

141. Pentru teoriile privind legătura dintre somn şi depresie, v. lucrările lui Michael Thase de la Universitatea din Pittsburgh şi ale lui David Dingle de la Universitatea din Pennsylvania. Şi Thomas Wehr, de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), este expert în acest domeniu. Descrierea fazelor de somn modificate provine din mai multe surse, atât tipărite, cât şi orale. V. Thomas Wehr, Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant, în Science 206 (1979); Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms, în Chronobiology International 7 (1990); „Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation“, Journal of the American Medical Association 267, nr. 4 (1992); precum şi M. Berger et al., „Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression“, American Journal of Psychiatry 154, nr. 6 (1997). Informaţii suplimentare despre acest subiect găsiţi şi în capitolul critic intitulat „Biological Processes in Depression: An Updated Review and Integration“, scris de Michael Thase şi Robert Howland, din The Handbook of Depression, E. Edward Beckham şi William Leber (coord.), pp. 213–279.

142. Citatul din F. Scott Fitzgerald este din The Crack-Up, p. 75. Îi mulţumesc veşnic vigilentei Caudia Swan pentru că mi-a sugerat acest pasaj.

143. Despre resemnarea arctică, v. materialul prezentat de A.S. Blix în Symposium on Living in the Cold, André Malan şi Bernard Canguilhem (coord).

144. Există o mulţime de lucrări despre sunătoare, cele mai multe repetitive, câteva în căutare de senzaţional şi multe dintre ele siropoase. M-am inspirat aici din cartea lui Norman Rosenthal St. John’s Wort. Informaţia despre legătura dintre hypericum şi interleukină-6 a fost luată din site-ul creat de Center for Complementary and Alternative Medicine al National Institute of Health, www.nccam.nih.gov/nccam/ fcp/factsheet/stjohns wort/stjohnswort.htm.

145. Consider că textele lui Andrew Weil sunt cumplit de plictisitoare şi nu pot să recomand nici unul dintre ele. Părerile lui despre acest subiect sunt rezumate concludent în Jonathan Zuess, The Natural Prozac Program, pp. 66–67.

146. Dr. Thomas Brown de la Universitatea Tulane a obiectat că sunătoarea este „recomandată de mulţi, oarecum ilogic, ca naturală şi, prin urmare, lipsită de riscuri“. V. Thomas Brown, Acute St. John’s Wort Toxicity, în American Journal of Emergency Medicine 18, nr. 2 (2000). Asemenea celorlalte antidepresive, planta a declanşat episoade de manie acută. V. Andrew Nierenberg et al., Mania Associated with St. John’s Wort, în Biological Psychiatry 46 (1999). Există dovezi că în doze mari planta poate să provoace sensibilitatea pielii la vaci şi oi. Vedeţi O.S. Araya şi E.J. Ford, An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John’s Wort (Hypericum perforatum) by calves, în Journal of Comprehensive Pathology 91, nr. 1 (1981).

147. Găsiţi informaţii despre interacţiunea dintre sunătoare şi medicamente pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), la www.nimh.nih.gov/ events/stjohnswort.cfm. De asemenea, un articol recent a trecut în revistă datele actuale despre acest subiect: A. Fugh-Bergman, Herb-drug interactions, în Lancet 355, nr. 9198 (2000).

148. Lista medicamentelor a căror eficienţă e redusă când sunt luate în acelaşi timp cu sunătoarea este din Consumer Reports – Emotional “asprin”?, decembrie 2000, pp. 60–63.

149. Găsiţi studii controlate despre S-adenosilmetionină (SAMe) ca antidepresiv în G.M. Bressa, S-adenosyl-l-methionine (SAMe) as antidepressant: Meta-analysis of clinical studies, în Acta Neurologica Scandinavica 89, supl. 154 (199).

150. Tendinţa SAMe de a precipita mania e descrisă în Consumer Reports – Emotional “asprin”?, decembrie 2000, pp. 60–63.

151. Informaţia despre SAMe şi nivelurile neurotransmiţătorilor la animale se găseşte în Richard Brown et al., Stop Depression Now, pp. 74–75.

152. Existenţa unei legături între SAMe şi metilare este propusă de Joseph Lipinski et al., Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment of Depression, în American Journal of Psychiatry 143, nr.

3 (1984).

153. Cifra care arată cât cheltuiesc anual americanii pe acupunctură se găseşte pe site-ul creat de Centrul pentru Medicina Complementară şi Alternativă al Institutului Naţional pentru Sănătate, www.nccam.nih.gov/nccam/fcp/factsheet/acupuncture/ acupuncture.htm.

154. Tratamentele homeopatice ale Claudiei Weaver au fost prescrise şi administrate de Pami Singh.

155. Cartea bogată şi originală a lui Hellinger este Love's Hidden Symmetry. Reinhard Lier conduce Centrul de Terapie Linderhof din Bavaria, unde îşi desfăşoară cea mai mare parte din activitate. Vizita lui Reinhard Lier în America a fost organizată de Regine Ohlsen.

156. „Competiţii" sistematice şi conştiente de „intimidare creativă". One-downmanship/one-upmanship este un joc de cuvinte care înseamnă concurenţă între vecini sau prieteni, în care fiecare încearcă totdeauna să fie one up („cel mai bun", „în avantaj"). Termenul one-upmanship a fost creat de Stephen Potter, în admirabila sa carte The Theory and Practice of Gamesmanship (or the Art of Winning Games without Actually Cheating), 1947 (n.ed.).

157. Citatele din textele lui Frank Rusakoff sunt preluate din manuscrise nepublicate.

158. Găsiţi o discuţie despre tradiţia vrăjitoriei la senegalezi în William Simmons, Eye of the Night.

159. Chariots of Fire, film englezesc, 1981 (n.tr.).

160. Reboxetina a trecut până acum toate testele şi aşteaptă aprobarea de la Departamentul pentru Alimente şi Medicamente (Food and Drug Administration – FDA). Într-un scrisoare electronică recentă, Pharmacia scrie: „În ceea ce priveşte reboxetina, nu am primit aprobarea de la FDA şi nu putem estima data la care va fi disponibil acest medicament. Din scrisoarea de aprobare primită de Pharmacia de la FDA pe 23 februarie 2000, reiese că trebuie să se efectueze testări clinice suplimentare în SUA înainte ca produsul să fie aprobat." Pentru informaţii suplimentare, recomand site-ul companiei Pharmacia, www.2pnu.com.

161. Găsiţi mai multe despre substanţa P pe site-ul companiei Merck, www.dupontmerck.com. O prezentare a substanţei P ca antidepresiv oferă David Nutt, „Substance-P antagonists: A new treatment for depression", Lancet 352 (1998).

162. Cifra de „circa treizeci de mii" am luat-o dintr-o lucrare publicată în Science pe 16 februarie 2001, care spunea, în parte: „Analiza secvenţei genomului a arătat 26.588 de transcripte ale codificării proteinice pentru care există dovezi solide şi încă 12.000 de gene derivate prin calcule bazate pe analogie cu cobai sau alte dovezi slab documentate." Îi mulţumesc lui Edward R. Winstead pentru că mi-a atras atenţia asupra acestui articol. Îi mulţumesc lui Polly Shulman pentru consilierea în privinţa sensului matematic al celor zece variaţii ale fiecăreia dintre cele treizeci de mii de gene.

V
Categoriile de populaţie

Nu există doi oameni care să aibă aceeaşi depresie. Asemenea fulgilor de zăpadă, depresiile sunt totdeauna unice, fiecare bazată pe aceleaşi principii esenţiale, dar fiecare mândrindu-se cu o formă complexă imposibil de reprodus. Cu toate acestea, profesioniştilor le place să grupeze depresiile: bipolară în opoziţie cu unipolară; acută în opoziţie cu uşoară; bazată pe traumă în opoziţie cu endogenă; scurtă în opoziţie cu depresie de lungă durată – lista poate să continue aşa, şi a continuat, la nesfârşit, un proces care are o utilitate dezamăgitor de limitată în diagnosticare şi tratament. Este ceva de învăţat din trăsăturile speciale ale depresiei specifice sexelor şi ale depresiei specifice vârstei, precum şi din determinanţii culturali ai afectelor. Acestea ridică o problemă fundamentală: calităţile distinctive ale acestor depresii sunt oare determinate de diferenţele biologice dintre bărbaţi şi femei, dintre cei foarte tineri şi cei foarte bătrâni, dintre asiatici şi europeni, dintre homosexuali şi heterosexuali – sau sunt determinate de diferenţe sociologice, de tipare de aşteptări pe care le impunem oamenilor în funcţie de categoria de persoane pe care o reprezintă? Răspunsul este că, în fiecare caz, sunt adevărate ambele variante. Problema monolitică a depresiei nu poate fi rezolvată printr-un răspuns monolitic; depresiile sunt contextuale şi trebuie interpretate în contextul în care apar.

Din diferite motive atribuite reacţiilor chimice şi condiţiilor externe, se pare că suferă de depresie aproximativ de două ori mai multe femei decât bărbaţi.[163] Deosebirea nu există la copiii depresivi, ci apare în timpul pubertăţii.[164] Femeile suferă mai multe forme caracteristice de depresie – post-partum, premenstruală şi menopauzală –, precum şi de toate formele de depresie pe care le au bărbaţii. E limpede că procentele fluctuante ale estrogenului şi progesteronului au efect asupra stărilor de spirit, mai ales când interacţionează cu sistemele hormonale hipotalamic şi pituitar, dar acestea nu sunt efecte previzibile sau consecvente.[165] Scăderea bruscă a nivelului de estrogen provoacă simptome de depresie, iar nivelurile înalte dau o stare de bine. Înainte de menstruaţie, unele femei au un disconfort fizic, iar unele, din

cauza balonării, se văd mai puţin atrăgătoare; fiecare dintre aceste trăiri declanşează o stare de spirit proastă. La femeile însărcinate sau care tocmai au născut, chiar dacă au o probabilitate de sinucidere[166] mai mică decât la toate celelalte, probabilitatea de a suferi de depresie este mai mare decât la toate celelalte. Depresia majoră post-partum afectează una din zece femei care procreează.[167] Aceste noi mame tind să plângă uşor şi sunt adesea neliniştite, iritabile şi neinteresate de pruncii lor – poate că, parţial, din cauză că naşterea secătuieşte rezervele de estrogen, care au nevoie de timp ca să se refacă. De obicei, simptomele dispar în decurs de câteva săptămâni. O versiune mai uşoară a sindromului apare, probabil, la o treime dintre noile mame.[168] Naşterea e o experienţă dificilă, epuizantă, iar o parte din ceea ce este clasificat acum ca depresie post-partum este, de fapt, uşoara cădere psihică de după orice efort extraordinar. La femei, există probabilitatea ca nivelurile depresiei să fie mai scăzute în preajma menopauzei, ceea ce sugerează cu forţă prezenţa unui factor hormonal în depresia femeilor – perioada celei mai acute depresii feminine este în anii de fecunditate. S-a propus ipoteza că modificările nivelurilor hormonale ar putea afecta neurotransmiţătorii, dar n-a fost localizat vreun mecanism al acestei acţiuni. Mai izbitor decât concentrarea populară, dar vagă, pe hormoni este faptul că bărbaţii sintetizează serotonina cu circa 50 la sută mai rapid decât femeile, ceea ce ar putea să le dea bărbaţilor mai multă flexibilitate. Refacerea mai lentă a rezervelor de serotonină la femei s-ar putea să le dea tendinţa de prelungire a depresiei.[169]

Biologia singură nu explică rata înaltă a depresiei feminine. Există diferenţe biologice între depresia bărbaţilor şi cea a femeilor; există diferenţe sociale evidente între poziţiile de forţă ale bărbaţilor şi femeilor. O parte din motivul pentru care femeile ajung mai des decât bărbaţii să fie depresive este că ele sunt mai des lipsite de drepturi de reprezentare.[170] Sare în ochi faptul că riscurile de depresie post-partum în condiţii de stres intens sunt deosebit de mari; iar femeile ai căror soţi îşi asumă responsabilităţi semnificative în privinţa aspectelor fundamentale ale îngrijirii copilului au niveluri scăzute de depresie postnatală. Feministele care se ocupă de depresie înclină către teoriile sociologice, nu biologice; nu le place implicaţia că trupul femeii este cumva mai şubred decât al bărbatului. Susan Nolen-Hoeksema, una dintre autoarele americane de frunte din domeniul depresiei la femei, spune: „E periculos să insinuezi, optând pentru o etichetă, că un aspect al biologiei reproductive feminine este un element esenţial al bolii psihiatrice.“[171] Acest

gen de gândire a dat un program politic unei mari părţi din activitatea sociologică legată de depresiile feminine. Deşi este un program admirabil, exprimarea lui nu e totdeauna în conformitate cu experienţa, biologia sau statisticile. De fapt, multe abordări teoretice ale depresiei feminine exacerbează tulburările celor pe care încearcă să le ajute. Suprapunerea parţială dintre manipularea realităţii ştiinţifice de către unele teorii feministe, în scopul atingerii unor obiective politice, şi insensibilitatea celor mai multe teorii medicale faţă de realitatea socială au făcut din problema legăturii dintre sex şi depresie un nod gordian.

Un studiu recent a arătat că în campusurile facultăţilor americane ratele depresiei feminine şi masculine sunt egale.[172] Unii feminişti pesimişti au sugerat că femeile înclinate către depresie nu se duc la facultate. Alţi feminişti, mai optimişti, au sugerat că, în timpul studiilor universitare, femeile sunt mai aproape de egalitatea deplină cu bărbaţii decât în aproape orice alt context social. Eu aş adăuga, în amestecul ăsta, ideea că bărbaţii care frecventează facultatea sunt, probabil, mai deschişi spre identificarea propriei boli decât sunt bărbaţii mai puţin educaţi sau mai în vârstă. Rata depresiei la femei faţă de bărbaţi nu variază în societăţile occidentale; rămâne constantă: de doi la unu.[173] Lumea e dominată de bărbaţi, şi asta face să le fie mai greu femeilor. Femeile sunt mai puţin capabile fizic să se apere. Există o probabilitate mai mare să fie sărace. Există o probabilitate mai mare să fie victime ale abuzurilor. Există o probabilitate mai mică să beneficieze de educaţie. Există o probabilitate mai mare să sufere în mod regulat umiliri. Există o probabilitate mai mare să-şi piardă poziţia socială din cauza semnelor vizibile de îmbătrânire. Există o probabilitate mai mare să fie subordonate soţilor lor. Unii feminişti spun că la femei depresia apare pentru că nu au destule sfere independente în care să se afirme şi sunt totdeauna împărţite între munca lor şi casă.[174] Faptul că fiecare dintre aceste situaţii e stresantă coincide cu descoperirea că la femeile măritate casnice şi la femeile măritate care au serviciu există cam aceeaşi rată de depresie – care este mult mai mare decât la bărbaţii însuraţi care au serviciu.[175] Este interesant de notat că, pe ansamblul culturilor, la femei sunt mai mari procentele nu numai de depresie, ci şi de atacuri de panică şi tulburări de alimentaţie, în vreme ce la bărbaţi sunt mai mari ratele de incidenţă ale autismului, ale sindromului deficitului de atenţie şi hiperactivitate (ADHD) şi ale alcoolismului.

Psihologul englez George Brown este unul dintre experţii care domină partea sociologică a psihologiei.[176] El a lansat ipoteza că depresia feminină

este legată de relaţia lor faţă de copii, teorie sprijinită de alţi universitari. Dacă se dă deoparte depresia declanşată de grija legată de copii, rata depresiei la bărbaţi şi la femei pare să devină egală; iar în cuplurile în care rolurile legate de sex sunt definite cu mai puţină rigiditate, ratele de depresie la bărbaţi şi la femei tind să se apropie – „Diferenţele legate de sex ale ratelor depresiei sunt, într-o măsură considerabilă, consecinţa diferenţelor rolurilor“, conchide Brown. Myrna Weissman de la Columbia a propus ipoteza că la femei deosebita sensibilitate la pierderea cuiva are sens evoluţionist, dat fiind că aceasta le-ar motiva pe parcursul sarcinii şi creşterii copiilor.[177]

De asemenea, multe femei depresive au suferit abuzuri semnificative în copilărie. Fetiţele riscă în măsură mult mai mare să sufere abuzuri sexuale decât băieţeii, iar victimele abuzurilor riscă în măsură mult mai mare decât ceilalţi oameni să fie depresive.[178] La aceste femei, există, de asemenea, o probabilitate mai mare de a suferi de anorexie – maladie care, în ultimii ani, a fost legată de depresie.[179] Malnutriţia provoacă multe dintre simptomele depresiei, aşa încât poate că simptomele depresive ale femeilor anorexice sunt consecinţa altor simptome; dar multe femei care au avut anorexie descriu simptome ce persistă şi după ce au ajuns din nou la greutatea normală. Şi în acest caz, se dovedeşte că în provocarea atât a obsesiei penibile a autocontrolului, prezentă în anorexie, cât şi a senzaţiei de neajutorare ce caracterizează depresia sunt implicate constructe sociale. Dezgustul de sine poate să-i determine pe oameni să se atenueze cât mai mult cu putinţă, până aproape de dispariţie. Unele întrebări-cheie pot fi decisive pentru diagnosticarea unei probleme distincte a depresiei. E adesea util să-i întrebi pe anorexici dacă dorm rău chiar şi când nu se gândesc la hrană sau la mâncat.

Bolile mintale au fost multă vreme definite de bărbaţi. În 1905, Sigmund Freud a pretins că pacienta sa Dora[180] suferă de isterie când aceasta a respins avansurile neavenite ale unui bărbat care avea de trei ori vârsta ei. Acest fel de ascundere e mai puţin obişnuit în zilele noastre decât era chiar şi acum cincizeci de ani. Cu toate acestea, femeile sunt adesea socotite depresive dacă nu dau dovadă de vitalitatea la care se aşteaptă sau pe care o cer soţii lor, şi la care femeile s-au învăţat să se aştepte sau pe care o cer de la ele însele. Acest principiu e totuşi înşelător: s-a argumentat şi că bărbaţii tratează insuficient depresia feminină din cauză că retragerea în sine e confundată cu pasivitatea feminină. Femeile care încearcă să se conformeze idealurilor feminităţii ar putea să *se arate* depresive – din conformism; sau ar putea *să devină*

depresive drept consecinţă a faptului că nu pot să trăiască în cadrul definiţiei abrutizante a feminităţii.[181] Femeile care se plâng de depresia post-partum pot, în unele cazuri, să-şi exprime doar consternarea şi dezamăgirea că nu sunt în stare să simtă genul acela de superemoţie pe care filmele şi televiziunea populară le-au descris drept esenţa noii maternităţi. Pentru că li s-a spus prea des că iubirea maternă este „organică“ (prin care ele înţeleg „fără eforturi“), devin depresive de ambivalenţa ce însoţeşte adesea îngrijirea pruncului.

Criticul feminist Dana Crowley Jack a sistematizat aceste idei, socotindu-le componente ale pierderii personalităţii sau ale pierderii egoului. „Deoarece aceste femei nu reuşesc să se audă vorbindu-le partenerilor lor, sunt incapabile să-şi menţină convingerile şi sentimentele personale şi alunecă, în schimb, în îndoiala de sine în privinţa legitimităţii trăirilor lor personale.“[182] Teoria susţinută de Dana Crowley Jack este că femeile care nu pot să comunice eficient cu partenerul lor (de cele mai multe ori, sugerează ea, din cauză că partenerul nu vrea să audă) se refugiază în tăcere. De fapt, vorbesc din ce în ce mai puţin şi-şi subminează propriile afirmaţii cu expresii ca „nu ştiu“ sau „nu mai sunt sigură“. Ca să împiedice ruperea de-a binelea a căsniciilor sau relaţiilor lor vătămate, aceste femei încearcă să se conformeze unui ideal de feminitate în care spun ceea ce cred că ar vrea să audă partenerul lor – şi astfel devin false chiar şi în interacţiunile intime, dizolvându-se pur şi simplu ca oameni. Dana Crowley Jack afirmă că „femeile îşi asumă o negare de sine masivă, ca parte a căutării intimităţii“. De fapt, relaţiile care au succes sunt, de obicei, parteneriate în care puterea poate să treacă de la bărbat la femeie şi înapoi, pentru a se adapta la diferitele împrejurări în care se află ei împreună şi separat. E adevărat totuşi că, în multe cazuri, femeile au mai puţini bani sau mai puţin control financiar şi că, în relaţiile defectuoase, femeile acceptă abuzul şi bătaia mai uşor decât le acceptă bărbaţii. Acesta e încă unul dintre aparent nesfârşitele desfăşurări ale scenariului „oul sau găina“ ale depresiei: femeile depresive sunt mai puţin capabile să se apere de abuz şi, prin urmare, sunt supuse în mai mare măsură abuzului, devenind mai depresive, ca repercusiune a abuzului, care le face şi mai puţin capabile să se apere.

Dana Crowley Jack crede că sistemul de putere masculină dispreţuieşte depresia feminină. Într-unul dintre momentele sale de exces, ea descrie căsătoria însăşi astfel: „Cel mai persistent dintre miturile care închid femeile în temniţă.“ Iar în altă parte scrie că femeile sunt „ţinte uşoare pentru

depresie, o depresie legată de patriarhat şi văduvită de natura sa organică, mitică şi, în consecinţă, de proprietăţile ei vindecătoare“. Acest refren îşi află ecoul în alte scrieri feministe radicale despre depresia feminină. Alt critic, Jill Astbury, sugerează, în trecerea în revistă a acestui subiect, că noţiunea noastră privitoare la depresia feminină este în întregime o construcţie masculină: „Chestiunea înclinaţiei spre depresie a femeilor conţine o presupunere rareori lămurită. Are a face cu socotirea procentelor feminine ale depresiei drept patologice, prea înalte şi reprezentând o problemă. Singurul punct de vedere din care e cu putinţă o astfel de viziune este acela în care se prezumă că procentele masculine ale depresiei constituie norma, sunt în sine complet neproblematice şi oferă singurul punct de pornire rezonabil din care poate fi măsurată patologia la femei. Răspândirea abordării androcentrice poate fi evaluată dacă, în loc să întrebăm de problema depresiei femeilor, socotim drept problematice, înşelătoare şi necesitând clarificare procentele depresiei la bărbaţi. De ce, s-ar putea întreba – dar, de obicei, nu se întreabă –, procentele la bărbaţi sunt atât de anormal de scăzute? Oare testosteronul interferează cu dezvoltarea deplină a calităţii umane şi a sensibilităţii afective?“[183] şi tot aşa. Argumentele recurente aduse de oameni de ştiinţă eminenţi în domeniu, de obicei în cărţi publicate de mari edituri universitare (Dana Crowley Jack publică la Harvard University Press; Jill Astbury la Oxford), par să se concentreze pe demonizarea de către societate a depresiei feminine, ca şi cum cealaltă depresie ar fi ea însăşi inofensivă. Eu aş spune că, dacă nu trăieşti o suferinţă personală din cauza simptomelor pe care le ai, nu ai depresie. Dacă ai acea suferinţă personală, este rezonabil şi, poate, generos din partea autorităţilor să investească în găsirea de soluţii pentru suferinţa ta. Întrucât ratele mari de depresie la femei nu reflectă o predispoziţie genetică pe care să fim în stare în prezent să o localizăm, putem spune cu oarecare siguranţă că ratele depresiei la femei ar putea să fie reduse în mod semnificativ într-o societate mai echitabilă. Între timp totuşi, în general femeile depresive sunt cele care-şi socotesc depresia drept anormală şi vor să facă ceva în privinţa ei. Există tendinţa ca soţilor abuzivi – ca opresori patriarhali ce sunt – să le placă femeile depresive şi să nu privească depresia feminină drept simptomatică: femeile emancipate sunt cele care au mai multe şanse să-şi recunoască, să numească şi să-şi trateze depresia. Ideea că femeile sunt depresive din cauza conspiraţiei patriarhale are oarecare validitate; ideea că le facem pe femei să se simt prost în privinţa depresiei lor ca parte a conspiraţiei patriarhale ignoră propriile afirmaţii ale femeilor

despre experienţa depresiei.

Literatura face mare caz de calităţile distinctive ale depresiei feminine şi spune foarte puţin despre calităţile distinctive ale depresiei masculine. Mulţi bărbaţi depresivi nu sunt diagnosticaţi din cauză că tind să înfrunte sentimentele depresiei nu prin retragerea în tăcerea descurajării, ci prin retragerea în zgomotul violenţei, abuzului de substanţe toxice sau excesul de muncă. De două ori mai multe femei raportează depresia, dar la bărbaţi riscul de sinucidere e de patru ori mai mare decât la femei.[184] La celibatari, divorţaţi sau văduvi, rata depresiei este mult mai mare decât la cei căsătoriţi.[185] Bărbaţii depresivi pot să prezinte ceea ce se numeşte eufemistic „iritabilitate“ – le caută pricină străinilor, îşi bat soţiile, iau droguri şi împuşcă oameni. Scriitorul Andrew Sullivan a scris de curând că injecţiile cu testosteron pe care le-a făcut ca parte a tratamentului împotriva HIV i-au intensificat tendinţa spre violenţă. Într-o serie de interviuri cu soţi care-şi bat soţiile, am găsit descrieri consecvente de simptome ale depresiei organice. „Mă duc acasă şi mă simt sleit de puteri tot timpul“ – a spus un bărbat – „şi acolo e femeia aia care-mi pune toate afurisitele alea de întrebări, iar zgomotul lor începe să-mi bubuie pur şi simplu în cap, ca nişte ciocane. Nu pot mânca aşa, nu pot dormi aşa, numai că ea e acolo tot timpul. Nu vreau să-i fac rău, dar trebuie să fac ceva. Înnebunesc, pricepi?“ Altcineva a spus că, atunci când îşi vede nevasta, se simte „aşa de lipsit de valoare pe pământul ăsta, că n-aş mai fi în stare să fac nimic dacă n-aş trage un pumn ori ceva de genul ăsta“.

Lovirea soţiei este, evident, o reacţie nepotrivită la sentimentele de depresie, dar adesea sindroamele sunt strâns legate între ele. Pare probabil ca multe alte comportamente agresive, vătămătoare să fie manifestări ale depresiei masculine. În majoritatea societăţilor occidentale, recunoaşterea slăbiciunii e considerată feminină. Aceasta are un efect negativ asupra bărbaţilor, împiedicându-i să plângă, făcându-i să simtă ruşine în faţa spaimei şi anxietăţii iraţionale. Cel care socoteşte că lovirea nevestei e singura cale ca el să existe în lume e clar că a acceptat ideea că durerea afectivă e totdeauna o chemare la acţiune şi că emoţia fără acţiune îl neagă ca bărbat. E păcat că mulţi bărbaţi care – în sensul cel mai larg – se poartă urât nu primesc tratament antidepresiv. Dacă femeile îşi agravează depresia din cauză că nu sunt atât de fericite cât cred ele că ar trebui să fie, bărbaţii îşi agravează depresia din cauză că nu sunt atât de curajoşi cât cred ei că ar trebui să fie. În cele mai multe cazuri, abuzul e o formă a laşităţii, iar în unele cazuri laşitatea e un simptom rezonabil al depresiei. Ar trebui să recunosc: cândva mi-a fost

frică de un cotlet de miel, şi e un sentiment foarte umilitor.

De la prima depresie, am avut câteva episoade de violenţă, şi m-am întrebat dacă aceste episoade, care nu aveau precedent în viaţa mea, erau legate de depresie, făceau parte din perioada de după ea sau trebuia cumva să fie asociate cu antidepresivele pe care le luasem. Rareori am lovit în copilărie pe cineva, în afară de fratele meu, iar ultima dată când am făcut-o aveam vreo doisprezece ani. Şi iată că, într-o zi, pe la vreo treizeci de ani, m-a cuprins o mânie atât de iraţională, încât am început să plănuiesc în minte crime; în cele din urmă, mi-am descărcat furia, spărgând sticlele de la o serie de fotografii cu mine, care atârnau pe perete în casa unei prietene, lăsând pe podea cioburile şi ciocanul. După un an, am rupt relaţiile cu un bărbat la care ţinusem foarte mult şi de care mă simţeam trădat într-un mod profund şi crud. Eram deja puţin deprimat, şi am simţit că turbez. M-am repezit la el cu o ferocitate pe care n-o mai simţisem niciodată, l-am izbit de perete şi l-am pocnit de câteva ori, spărgându-i falca şi nasul. A fost internat după aceea din cauza hemoragiei. N-am să uit niciodată senzaţia pe care am avut-o văzându-i faţa care i se zdrobea sub loviturile mele. Ştiu că, imediat după ce l-am pocnit, l-am apucat de gât o clipă, şi a fost nevoie de o intervenţie puternică a super-egoului meu, ca să mă împiedice să-l sugrum. Când lumea şi-a manifestat oroarea faţă de atacul meu, am spus aproape ceea ce mi-a spus cel care-şi bătea soţia: m-am simţit de parcă dispăream, iar undeva, adânc, în cea mai primitivă parte a creierului meu, am încercat sentimentul că violenţa e singura cale prin care aş putea să-mi păstrez în lume eul propriu şi mintea. M-a mâhnit ceea ce făcusem; şi totuşi, chiar dacă o parte din mine regretă suferinţa prietenului meu, altă parte din mine nu-şi reproşează cele întâmplate, deoarece cred sincer că mi-aş fi ieşit iremediabil din minţi dacă n-aş fi făcut-o – o viziune pe care acest prieten, care-mi este încă apropiat, a ajuns de atunci s-o accepte. Violenţa lui emoţională şi violenţa mea fizică au ajuns la un ciudat echilibru. O parte din teama paralizantă şi neajutorarea de care sufeream în acea vreme a fost eliminată de actul de sălbăticie. Nu accept comportamentul celor care-şi bat soţia şi, cu siguranţă, nu sprijin ceea ce fac ei. Angajarea în acte violente nu este o modalitate bună pentru tratarea depresiei. Este, cu toate acestea, eficientă. Negarea forţei curative înnăscute a violenţei ar fi o greşeală teribilă. M-am întors acasă în seara aceea plin de sânge – al meu şi al lui – şi cu un sentiment atât de oroare, cât şi de euforie. Am simţit o uşurare enormă.

N-am lovit niciodată o femeie, dar la vreo opt luni după episodul cu

ruperea fălcii am zbierat la una dintre cele mai apropiate prietene şi am umilit-o cumplit, în public, din cauză că voia să schimbe planificarea unei cine. Învăţasem că depresia poate cu uşurinţă să erupă sub forma furiei. Dat fiind că am ieşit din zona cea mai adâncă a depresiei, îmi controlez aceste impulsuri. Sunt în stare de multă furie, care, de obicei, e legată de anumite evenimente, iar reacţia mea la acele evenimente este, de regulă, proporţională cu ele. În genere, nu e fizică. În mod obişnuit, e mai chibzuită şi mai puţin impulsivă. Atacurile mele au fost simptomatice. Aceasta nu mă absolvă de răspunderea pentru violenţă, dar ajută la înţelegerea ei. Nu recomand un astfel de comportament.

Nici una dintre femeile cu care m-am întâlnit n-a descris aceste sentimente în acest fel; mulţi bărbaţi depresivi pe care i-am cunoscut au avut impulsuri de distrugere asemănătoare. Mulţi au fost în stare să evite să acţioneze pe baza lor; mulţi alţii au acţionat pe baza lor, iar rezultatul a fost că s-au simţit eliberaţi de teroarea iraţională. Nu cred că depresia femeilor e altfel decât cea a bărbaţilor, dar cred că femeile sunt diferite de bărbaţi şi că modurile lor de înfruntare a depresiei sunt adesea diferite şi ele. Feministele care vor să evite patologizarea femininului şi bărbaţii care cred că-şi pot nega starea afectivă caută cu lumânarea necazurile. E interesant că bărbaţii evrei, care sunt o categorie de persoane foarte puţin înclinată spre violenţă, au o rată mult mai mare a depresiei decât bărbaţii neevrei – de fapt, studiile arată că ei au cam aceeaşi rată a depresiei ca femeile evreice.[186] Aşadar, sexul joacă un rol complicat nu numai în privinţa persoanelor care sunt depresive, ci şi în felul în care se manifestă depresia şi, în consecinţă, în felul în care poate fi stăpânită.

Mamele depresive nu sunt, de obicei, mame prea bune, chiar dacă persoanele depresive care funcţionează bine pot uneori să-şi mascheze maladia şi să-şi îndeplinească rolul parental. Cu toate că unele mame depresive se supără din orice pe copiii lor şi, în consecinţă, se poartă inconsecvent, multe mame depresive pur şi simplu nu reacţionează la copiii lor: sunt lipsite de afecţiune şi retrase în sine. Tind să nu stabilească un control, sau reguli, sau limite clare. Au de oferit puţină iubire sau îngrijire. Se simt neajutorate în faţa cererilor copiilor lor. Au un comportament neordonat; se înfurie fără vreun motiv aparent, iar apoi, cu vinovăţie paroxistică, îşi manifestă afecţiunea în mod extravagant, pe motive la fel de nelămurite. Nu pot ajuta un copil să-şi regleze propriile probleme. Reacţiile lor faţă de copii nu sunt legate de ceea ce fac copiii sau de manifestări ale unor trebuinţe.

Copiii lor sunt plângăcioşi, furioşi şi agresivi.[187] Aceşti copii sunt adesea incapabili ei înşişi de comportamente empatice; uneori însă, sunt prea înclinaţi către comportamente empatice şi se simt răspunzători pentru toată suferinţa din lume. Mai ales la fetiţe există probabilitatea excesului de empatie, care le face pe ele să sufere; dat fiind că nu văd vreo îmbunătăţire a stării de spirit a mamelor, îşi pierd ele însele capacitatea de flexibilitate a stărilor sufleteşti.

Primele manifestări ale depresiei la vârsta copilăriei, prezente chiar şi la prunci de trei luni,[188] apar, în principal, la copiii mamelor depresive. Aceştia nu zâmbesc şi au tendinţa să-şi întoarcă faţa de la ceilalţi oameni, inclusiv de la părinţi; pot să fie mai în largul lor când nu se uită la nimeni decât când îşi privesc mama depresivă.[189] Diagrama undelor cerebrale la aceşti copii e caracteristică; dacă depresia mamelor e tratată cu succes, diagrama undelor cerebrale a copiilor se poate îmbunătăţi.[190] La copiii mai mari însă, dificultăţile de adaptare s-ar putea să nu dispară aşa uşor; copiii de vârstă şcolară cu mamă depresivă sunt grav neadaptaţi la un an după ce au dispărut simptomele de depresie ale mamei. Copiii cu părinţi care au fost depresivi au un dezavantaj semnificativ. Cu cât este mai gravă depresia mamei, cu atât mai gravă va fi, probabil, depresia copilului, cu toate că unii copii par să preia depresia maternă mai dramatic şi mai empatic decât alţii. În general, copiii cu mamă depresivă nu numai că reflectă, dar şi amplifică starea mamei. Chiar şi la zece ani de la evaluarea iniţială, aceşti copii suferă de perturbări sociale semnificative şi au un risc întreit de depresie şi un risc încincit de tulburări legate de panică şi de dependenţă de alcool.[191]

Pentru a îmbunătăţi sănătatea mintală a copiilor, e mai important uneori să o tratezi pe mamă decât să tratezi direct copilul; să încerci să schimbi tiparele familiale negative, pentru a încorpora flexibilitate, îndrăzneală, coeziune şi capacitatea de rezolvare a problemelor. Părinţii pot face o echipă bună pentru eliminarea depresiei copiilor chiar dacă relaţia unuia cu celălalt este foarte şubredă, cu toate că un singur front limpede poate fi greu de menţinut. Copiii cu mamă depresivă au mai multe greutăţi în lume decât copiii cu mamă schizofrenică:[192] depresia are un efect cât se poate de direct asupra mecanismelor fundamentale ale creşterii copiilor. Copiii cu mamă depresivă pot să sufere nu numai de depresie, ci şi de sindromul deficitului de atenţie, anxietatea despărţirii şi tulburări de comportament.[193] Nu se descurcă bine în situaţiile sociale şi academice, chiar dacă sunt inteligenţi şi au unele calităţi atrăgătoare ale personalităţii. Au niveluri neobişnuit de înalte ale problemelor

fizice – alergii, astm, răceli frecvente, dureri de cap intense, dureri de stomac – şi se plâng că nu se simt în siguranţă. Au adesea tendinţe paranoice.

Arnold Sameroff, de la Universitatea din Michigan, specialist în psihiatria dezvoltării, crede că totul în lume este o variabilă în fiecare experienţă; toate întâmplările sunt supradeterminate; nimic nu poate fi înţeles decât cunoscând toate misterele creaţiei lui Dumnezeu. Sameroff sugerează ideea că, deşi oamenii au anumite afecţiuni comune, au trăiri individuale, cu constelaţii individuale de afecţiuni şi reţele individuale de cauze. „Ştiţi, există ipotezele astea despre genele unice“, spune el. „Ori ai gena, ori n-o ai, şi ele sunt foarte atrăgătoare pentru societatea noastră cu soluţii rapide pentru orice. Dar n-o să funcţioneze.“ Sameroff a studiat copiii unor persoane cu depresie majoră. A constatat că aceşti copii, chiar dacă pornesc de la acelaşi nivel cognitiv cu cei de vârsta lor lor, o iau în jos pe la doi ani. Pe la patru ani, sunt vizibil „mai trişti, mai puţin interactivi, retraşi şi cu activitate redusă“.[194] Propune cinci explicaţii principale posibile ale acestui fapt, şi toate, crede el, apar în ansambluri diferite: elementele genetice; oglindire empatică, în care copiii repetă ceea ce trăiesc; neajutorare dobândită, nu mai încearcă să se conecteze, din cauza lipsei aprobării parentale pentru contactul afectiv; jocul de roluri, când copilul vede avantajele pe care le are un părinte bolnav de la faptul că e prea bolnav ca să facă lucruri neplăcute şi hotărăşte să joace rolul bolnavului; şi retragerea, drept consecinţă a faptului că nu vede vreo plăcere în comunicarea dintre părinţii nefericiţi. Există apoi toate subexplicaţiile: la părinţii depresivi, există un risc mai mare să fie persoane care abuzează de substanţe toxice decât la alţi părinţi. De ce fel de tratament sau traumă are parte copilul în mâinile unor persoane care abuzează de substanţe toxice? Asta ne-ar stresa nemijlocit.

Un studiu recent a inventariat două sute de factori care ar putea să contribuie la hipertensiune. „La nivel biologic“, spune Sameroff, „tensiunea e, de fapt, un lucru foarte simplu. Dacă există două sute de factori care o pot influenţa, gândiţi-vă câţi factori ar trebui să influenţeze o trăire complexă, cum e depresia!“[195] După părerea lui Sameroff, coincidenţa câtorva factori de risc este baza depresiei. „Oamenii care au un grup de factori de risc reuniţi laolaltă sunt cei care au ceea ce numim o tulburare“, spune Sameroff. „Am constatat că, în termenii depresiei, ereditatea nu este nici pe departe un factor predictiv la fel de puternic ca statutul socio-economic. Interacţiunea eredităţii cu statutul socio-economic a fost cel mai puternic factor predictiv dintre toţi, dar atunci care sunt componentele-cheie ale statutului socio-economic scăzut

care-i face pe copiii mici să fie atât de depresivi? Să fie lipsa educaţiei parentale? Lipsa de bani? Sprijinul social redus? Numărul de copii din familie?“ Sameroff a făcut o listă cu zece astfel de variabile şi apoi le-a corelat cu gradele depresiei. A descoperit că la orice variabilă negativă, de una singură, exista probabilitatea de a contribui la starea de spirit proastă, însă la orice grup de astfel de variabile exista probabilitatea producerii de simptome clinice semnificative (precum şi IQ scăzut). Apoi, Sameroff a făcut cercetări din care a reieşit că la copilul părintelui cu boală gravă există probabilitatea de a se descurca mai bine decât la copiii părintelui cu boală moderată. „S-a dovedit că, dacă eşti cu adevărat bolnav, altcineva preia sarcina. Dacă sunt doi părinţi, cel care nu e bolnav ştie că trebuie să facă el totul. Iar copilul poate să înţeleagă ce se întâmplă în familie; el înţelege regula că unul dintre părinţii săi are o boală mintală şi nu e lăsat cu toate problemele fără răspuns care-i chinuie pe copiii celor cu afecţiune mintală uşoară. Aşa că – vedeţi? – nu e previzibil conform unui sistem liniar simplu. Orice depresie îşi are propria poveste.“

În vreme ce comportamentul parental deficitar sau depresiv poate să le provoace copiilor depresie, comportamentul parental adecvat poate ajuta la eliminarea sau ameliorarea ei. S-a renunţat la vechiul principiu freudian „dă vina pe mama“, dar lumea copiilor continuă să fie definită de părinţii lor, şi ei pot să înveţe o anumită flexibilitate sau debilitate de la mamă, tată şi alte persoane care-i îngrijesc. De fapt, multe formule de tratament implică acum pregătirea părinţilor pentru intervenţiile terapeutice asupra copiilor lor. Intervenţiile respective trebuie să se bazeze pe *ascultare*. Tinerii sunt o categorie diferită şi nu pot fi trataţi ca şi cum ar fi doar nişte adulţi mai mărunţei. Fermitatea, iubirea, consecvenţa şi modestia trebuie să se reunească în abordarea parentală a copiilor depresivi. Un copil care şi-a văzut părintele că rezolvă o problemă capătă din asta o forţă enormă.

O formă distinctă de depresie, numită depresie anaclitică,[196] apare în a doua jumătate a primului an de viaţă la copiii care au fost despărţiţi prea mult de mamă. Se asociază în ea, în diferite combinaţii şi trepte de gravitate, teama, tristeţea, tendinţa de a plânge, respingerea mediului, retragerea în sine, retardarea, prostraţia, lipsa poftei de mâncare, insomnia şi expresia nefericită. Depresia anaclitică poate să se dezvolte în forma „lipsei unei sănătăţi înfloritoare“,[197] care începe la patru-cinci ani; copiii cu această problemă nu au multe afecte şi nu se leagă de nimeni. Pe la cinci-şase ani, pot fi foarte posomorâţi şi iritabili, nu dorm bine şi nu mănâncă bine. Nu-şi fac prieteni şi

au un respect de sine inexplicabil de scăzut. Urinatul în pat frecvent arată anxietate. Unii se retrag în sine; alţii devin din ce în ce mai posomorâţi şi distructivi. Întrucât copiii nu au tendinţa de a cugeta la propriul viitor cum fac adulţii şi întrucât nu-şi organizează amintirile în mod lucid, rareori sunt preocupaţi de lipsa de sens a vieţii. Fără dezvoltarea conştiinţei abstractului, copiii nu simt neajutorarea şi disperarea caracteristice depresiei adulţilor. Dar pot să sufere de un negativism persistent.

S-au făcut recent studii cu nişte bizarerii statistice de-a dreptul ridicole: unul dintre ele a dovedit categoric că depresia afectează circa 1 la sută dintre copii; altul a demonstrat că circa 60 la sută dintre copii au tulburări afective grave.[198] Încercările de a evalua copiii pe baza autodescrierilor sunt mult mai complicate decât în cazul adulţilor. În primul rând, întrebările trebuie să fie puse în aşa fel, încât să nu impună răspunsuri evident „dezirabile“; terapeuţii trebuie să fie destul de îndrăzneţi ca să întrebe despre sinucidere fără s-o propună ca alternativă fezabilă. Un terapeut a oferit formula: „Bun, dacă urăşti atât de mult toate lucrurile astea din viaţa ta, te gândeşti vreodată să faci în vreun fel ca să nu mai fii vreodată în mijlocul lor?“ Unii copii zic „ce întrebare prostească!“, unii zic „da“ şi povestesc amănunţit, iar unii devin tăcuţi şi gânditori. Terapeutul trebuie să observe limbajul corporal al copilului. Şi terapeutul trebuie să-l convingă pe copil că e pregătit să asculte orice. În aceste condiţii, copiii cu depresie cu adevărat gravă vorbesc despre sinucidere. O femeie depresivă pe care am întâlnit-o, care se străduia să nu se dea de gol în faţa copiilor săi, descria disperarea pe care a simţit-o când fiul ei a spus, la vârsta de cinci ani: „Ştii, viaţa e de rahat şi de o mulţime de ori nu vreau să trăiesc.“ Până să împlinească doisprezece ani, a avut o încercare serioasă de sinucidere. „Spun că vor să se alăture cuiva – poate o rudă –, care a murit“, spune Paramjit T. Joshi, care conduce secţia de boli mintale pediatrice de la Johns Hopkins Hospital. „Spun că vor să doarmă şi să nu se mai trezească; unii copii de cinci ani chiar zic: «Vreau să mor; aş vrea să nu mă fi născut.» Apoi, comportamentul prinde rădăcini. Am văzut mulţi copii care au sărit pe fereastră de la etajul doi. Unii dintre ei iau cinci tylenol şi cred că e destul ca să moară. Alţii încearcă să-şi cresteze încheieturile mâinilor şi braţele, ori să se sufoce, ori să se spânzure. O mulţime de copii mici se spânzură în dulapuri, cu cureaua de la pantaloni. Unii dintre ei au suferit deja abuzuri sau au fost neglijaţi, dar unii dintre ei fac aceste lucruri aparent fără vreun motiv. Slavă Domnului că rareori sunt destul de capabili ca să reuşească să se sinucidă!“ De fapt, pot să fie surprinzător de capabili;

sinuciderile în grupul de vârstă 10–14 ani au crescut cu 120 la sută de la începutul anilor ’80 până la mijlocul anilor ’90, iar cei mai mulţi dintre copiii care au reuşit au folosit mijloce agresive: puştile şi spânzurarea au provocat aproape 85 la sută dintre decese. Procentul a crescut, deoarece copiii, asemenea părinţilor lor, trăiesc un stres din ce în ce mai mare.[199]

Copiii pot fi – şi sunt – din ce în ce mai mult trataţi cu prozac lichid sau nortriptilină lichidă, picurate cu atenţie într-un pahar cu suc. Aceste medicamente par să ajute. Însă nu există studii adecvate despre felul în care acţionează aceste medicamente asupra copiilor şi nici dacă sunt sau nu sigure ori eficiente; „Am transformat copiii în orfani ai terapiei“, spune Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH).

Doar câteva antidepresive au fost testate pentru a vedea dacă folosirea lor la copii este sau nu sigură, şi aproape nici unul n-a fost testat din punctul de vedere al eficienţei la copii. Experienţele anecdotice sunt foarte variate. De exemplu, un studiu a arătat că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) dau rezultate mai bune la copiii mici şi la adulţi decât la adolescenţi; altul a arătat că inhibitorii de monoaminooxidază sunt cei mai eficienţi la copiii mici. Nu trebuie să considerăm definitiv rezultatul nici unuia dintre cele două studii, dar ele arată posibilitatea clară ca tratarea copiilor să fie diferită de tratarea adolescenţilor, şi că ambele pot fi diferite de tratarea adulţilor.

Copiii depresivi au nevoie şi de terapie. „Pur şi simplu, trebuie să le arăţi că eşti chiar acolo, cu ei“, spune Deborah Christie, o specialistă charismatică în psihologia pediatrică, consultant la University College London şi la Middlesex Hospital. „Şi trebuie să-i faci şi pe ei să fie acolo cu tine. Eu folosesc mult metafora căţărării pe un munte. Ne gândim să ne căţărăm pe munte şi şedem în tabăra de la poale şi ne gândim ce fel de bagaj ne-ar trebui, şi câţi dintre noi trebuie să urce împreună, şi dacă trebuie sau nu să ne legăm cu coarda. Şi putem hotărî să facem călătoria sau putem hotărî că încă nu suntem pregătiţi s-o facem, dar am putea să mergem în jurul muntelui, ca să vedem care e calea cea mai uşoară sau cea mai bună până sus. Şi trebuie să recunoşti că o să trebuiască să se caţere, că nu poţi să-i iei în cârcă şi să-i cari până sus, dar că poţi să stai lângă ei pe fiecare centimetru de drum. Aici trebuie să începi: trebuie să stârneşti în ei o motivaţie. Copiii care sunt cu adevărat depresivi nu ştiu ce să spună sau de unde să înceapă, dar ştiu că vor o schimbare. N-am văzut niciodată un copil depresiv care să nu vrea tratament dacă ar putea să creadă că există o şansă să schimbe lucrurile. O

fetiţă era prea deprimată ca să-mi vorbească, dar putea să scrie, aşa că scria, la întâmplare, cuvinte pe *post-it*-uri şi apoi le lipea pe mine, aşa că la sfârşitul şedinţei eram pur şi simplu o mare de cuvinte pe care voia să mi le transmită. Şi am preluat limbajul, şi am început să scriu cuvinte pe *post-it*-uri, şi le-am lipit pe ea, şi aşa am spart zidul tăcerii ei.“ Există multe alte tehnici care s-au dovedit folositoare, ajutându-i pe copii să-şi recunoască stările de spirit şi să le îmbunătăţească.

„La copii“, spune Sylvia Simpson, psihiatru la Johns Hopkins, „depresia împiedică dezvolarea personalităţii. Toată această energie se consumă în lupta cu depresia; dezvoltarea socială e întârziată, ceea ce face viaţa cu nimic mai puţin deprimantă mai târziu. Te pomeneşti într-o lume care se aşteaptă ca tu să fii capabil să dezvolţi relaţii, iar tu pur şi simplu nu ştii cum s-o faci.“ Copiii care suferă de depresie legată de anotimpuri, de pildă, se întâmplă adesea să aibă ani la rând rezultate slabe şi probleme la şcoală; problema lor nu e descoperită, din cauză că ea coincide cu anul şcolar. E greu de ştiut când şi cât de agresiv trebuie să tratezi aceste tulburări. „Eu lucrez pe baza istoricului familiei“, spune Joshi. „Poate fi greu de distins între sindromul deficitului de atenţie şi hiperactivitate (ADHD) şi depresia reală, sau dacă la un copil cu ADHD a apărut şi depresia; dacă e vorba despre o tulburare de adaptare legată de abuz sau maladia depresivă.“ Mulţi copii cu ADHD prezintă comportamente extrem de perturbatoare, şi uneori reacţia firească la acestea e pedepsirea copilului; copilul nu e însă obligatoriu capabil să-şi controleze acţiunile dacă ele sunt legate de probleme cognitive şi neurobiologice profunde. Desigur, tulburările de comportament tind să-i facă pe aceşti copii impopulari chiar şi în raport cu propriii părinţi, şi aceasta agravează depresia – e alta dintre noile spirale descendente ale depresiei.

„Trebuie să-i avertizez pe părinţii acestor copii când vin aici“, spune Deborah Christie. „«Ei bine, o să scăpăm de chestia asta cu agitaţia, dar s-ar putea să aveţi apoi pentru o vreme un copil foarte trist.» Copiii nu vin niciodată singuri. Sunt aduşi la terapie. Trebuie să afli de la ei de ce cred că sunt acolo, cu tine, şi ce cred ei că nu merge bine. E o situaţie foarte diferită de cea în care oamenii caută îngrijire psihologică din proprie iniţiativă.“ Unul dintre elementele importante din munca terapeutică cu copiii mici este crearea unei lumi alternative a fanteziei, o versiune magică a spaţiului sigur din terapiile psihodinamice. Când copiilor li se cere să-şi rostească dorinţele, se dezvăluie adesea natura exactă a deficitului lor de respect de sine. Este important, ca mutare de deschidere, să faci copiii tăcuţi să înceapă să

vorbească. Mulţi dintre ei nu-şi pot explica sentimentele, nu spun decât că e în ordine sau nu e în ordine. Trebuie să li se dea un nou vocabular; şi trebuie să fie învăţaţi, pe model cognitiv, să facă diferenţa dintre gânduri şi sentimente, aşa încât să poată învăţa să-şi folosească gândurile pentru a-şi controla sentimentele. Un terapeut a povestit cum i-a cerut unei fetiţe de zece ani să ţină un jurnal al gândurilor şi sentimentelor timp de două săptămâni şi apoi să i-l aducă. „Poţi spune că gândul tău este «Mami e supărată pe tati.» Iar sentimentul tău poate fi: «Mi-e frică.»“ Distincţia era însă mai presus de capacitatea cognitivă a copilei, din cauză că depresia îi perturbase mult funcţionarea pe plan cognitiv. În jurnalul pe care l-a adus, scrisese în fiecare zi: „Gânduri: «Sunt tristă.» Sentimente: «Sunt tristă.»“ În ierarhia ei, lumea gândurilor şi lumea sentimentelor erau pur şi simplu inseparabile. Mai târziu, a fost în stare să facă o diagramă de structură radială a neliniştilor sale: atâta nelinişte era legată de şcoală, atâta de casă, atâta de oamenii care o urau, atâta de faptul că nu e frumoasă etc. Copiii care au lucrat cu calculatoarele sunt adesea receptivi la metafore bazate pe principiul tehnologiei; un terapeut pe care l-am cunoscut a zis că le spune unor astfel de copii că mintea lor are programe pentru procesarea fricii şi tristeţii, şi că tratamentul va curăţa acele programe de viruşi. Terapeuţii pediatri buni îi informează şi totodată îi distrează pe pacienţii lor; aşa cum a observat Deborah Christie, „Nimic nu-i mai puţin relaxant pentru copii decât să le spui să se relaxeze.“

Depresia este, de asemenea, o problemă acută pentru copiii care suferă de maladii sau infirmităţi. „Vin copii cu cancer şi tot timpul cineva îi apasă cu ceva şi-i împunge şi înfige ace în ei, iar ei încep să caute vinovaţi şi-şi învinuiesc părinţii că-i pedepsesc cu aceste tratamente, iar părinţii se neliniştesc; şi apoi toată lumea devine depresivă“, spune Deborah Christie. Boala naşte lucruri ascunse, iar lucrurile ascunse nasc depresie. „Am stat de vorbă cu o mamă şi cu fiul ei foarte depresiv, şi am zis: «Ei bine, spuneţi-mi de ce sunteţi aici», şi mama a zis, cu băieţelul de faţă, într-un aparteu sonor: «Are leucemie, dar nu ştie.» A fost extraordinar. Apoi, am cerut să stau un pic singură cu băiatul şi l-am întrebat de ce a venit să mă vadă. A zis că are leucemie, dar să nu-i spun mamei, pentru că nu vrea ca ea să ştie că el ştie. Aşa că depresia era legată de uriaşe probleme de comunicare, iar acestea erau activate şi agravate de leucemie şi de tratamentele necesare pentru această maladie.“

Se ştie de-acum că, de obicei, copiii depresivi devin adulţi depresivi.[200] Patru la sută dintre adolescenţii care au avut în copilărie depresie se sinucid.

Un număr imens fac încercări de sinucidere, şi au procente mari din aproape toate problemele grave de adaptare socială. Depresia apare la un număr mare de copii înainte de pubertate, dar ajunge la maximum în adolescenţă, cel puţin 5 la sută dintre adolescenţi suferind de depresie clinică.[201] În această fază, ea e aproape întotdeauna combinată cu abuz de substanţe toxice sau cu tulburări legate de anxietate.[202] Părinţii subestimează profunzimea depresiei adolescenţilor lor.[203] Desigur, depresia adolescenţilor e derutantă, pentru că adolescenţa normală e oricum foarte asemănătoare cu depresia; e o perioadă de emoţii intense şi de suferinţă disproporţionată. Peste 50 la sută dintre elevii de liceu „s-au gândit să se sinucidă“.[204] „Cel puţin 25 la sută dintre adolescenţii aflaţi în arest au depresie“, spune Kay Jamison, expert de frunte în boala maniaco-depresivă. „Ar putea fi tratată, iar ei ar deveni mai puţin îndărătnici. Când ajung adulţi, nivelul depresiei este înalt, dar comportamentul negativ s-a înrădăcinat în personalitate şi tratarea depresiei nu e suficientă.“[205] Interacţiunea socială joacă, şi ea, un rol; apariţia caracteristicilor sexuale secundare duce adesea la derută afectivă. În prezent, se fac cercetări legate de întârzierea apariţiei simptomelor depresive – cu cât depresia începe mai devreme, cu atât e mai mare probabilitatea să fie refractară la tratament. Un studiu arată că la persoanele care au avut episoade depresive în copilărie sau în adolescenţă procentul de depresie în faza adultă este de şapte ori mai mare decât la celelalte categorii;[206] altul arată că 70 la sută dintre ei vor avea recidive.[207] Este absolut clară necesitatea intervenţiei de la început şi a terapiilor preventive. Părinţii trebuie să fie atenţi la începutul retragerii în sine, perturbarea poftei de mâncare şi a somnului şi comportamentul autocritic; copiii la care apar astfel de semne de depresie trebuie să fie supuşi evaluării făcute de specialişti.

În special adolescenţii (şi cu precădere adolescenţii băieţi) nu reuşesc să se înţeleagă limpede pe ei înşişi, iar domeniul tratamentelor le acordă prea puţină atenţie.[208] „Am adolescenţi care vin aici şi şed într-un colţ şi zic: «N-am nici o problemă»“, a povestit un terapeut. „Nu-i contrazic niciodată. Zic: «Păi, e fantastic! Ce bine că nu eşti depresiv, ca atâţia copii de vârsta ta şi ca atâţia dintre copiii care vin aici. Spune-mi cum e când simţi că totul e bine. Spune-mi cum e chiar în clipa asta, să fii în încăperea asta, simţind că totul e bine.» Încerc să le dau ocazia să gândească şi să simtă împreună cu altcineva.“

Nu e limpede în ce măsură abuzurile sexuale provoacă depresie prin procese organice directe şi în ce măsură depresia reflectă genul de mediu

familial dezorganizat în care tind să apară abuzurile sexuale.[209] La copiii care au suferit abuzuri sexuale, tind să apară tipare de viaţă cu comportament suicidar, şi se lovesc de adversităţi de nivel înalt. De obicei, cresc într-o frică permanentă: lumea lor e inconstantă, şi asta le dezechilibrează personalităţile. Un terapeut a descris o tânără care suferise abuzuri sexuale şi care nu putea crede că există cineva căruia să-i pese de ea şi să fie de încredere – „nu avea nevoie decât ca eu să fiu consecvent în interacţiunile cu ea“ ca să risipesc neîncrederea automată cu care privea lumea. Copiii lipsiţi de la început de iubire şi de încurajarea dezvoltării cognitive capătă adesea o infirmitate permanentă. Un cuplu care a adoptat un copil de la un orfelinat din Rusia a spus: „Era un copil care, la cinci ani, nu părea să aibă o gândire de tipul cauză–efect, care nu ştia că plantele sunt vii, iar mobila nu.“ De atunci încoace, s-au străduit să compenseze acest deficit, şi acum recunosc că nu e cu putinţă o recuperare completă.[210]

În cazul altor copii, cu toate că recuperarea pare imposibilă, adaptarea nu este aşa. Deborah Christie povesteşte despre tratarea unei fete care avea dureri de cap cronice cumplite, „de parcă mă bat în cap ciocane“, care renunţase la tot în viaţă din cauza durerilor de cap. Nu se putea duce la şcoală. Nu putea să se joace. Nu putea interacţiona cu nimeni. Când s-a dus prima dată la Deborah Christie, a anunţat: „Nu-mi poţi face durerea de cap să dispară.“ Ea i-a răspuns: „Nu, ai dreptate. Nu pot. Dar hai să ne gândim cum am putea să ţinem toată durerea într-o parte a capului tău şi să vedem dacă nu-ţi poţi folosi altă parte a capului, chiar şi în vreme ce bat ciocanele alea.“ Deborah Christie notează: „Primul pas este să crezi ceea ce spune copilul, chiar dacă pare neadevărat sau incredibil, să crezi că, chiar dacă el foloseşte un limbaj metaforic care n-are sens, trebuie să aibă sens pentru el.“ După tratament îndelungat, fata respectivă a spus că se poate duce la şcoală în ciuda durerilor de cap, apoi a început să-şi facă prieteni în ciuda durerilor de cap şi, în răstimp de încă un an, durerile de cap au dispărut.

La persoanele vârstnice depresive, tratarea insuficientă e cronică,[211] în mare parte din cauză că noi, ca societate, socotim bătrâneţea depresivă. Presupunerea că e logic ca bătrânii să sufere ne împiedică să ne ocupăm de acea suferinţă, lăsând mulţi oameni să-şi trăiască ultimele zile într-o durere afectivă extremă, care ar putea să nu existe. Încă din 1910, Emil Kraepelin, părintele psihofarmacologiei moderne, s-a referit la depresia din rândurile vârstnicilor ca la o melancolie involutivă.[212] De atunci, prăbuşirea structurilor tradiţionale de îngrijire şi privarea bătrânilor de orice idee de importanţă au

înrăutăţit şi mai mult lucrurile. La persoanele vârstnice din casele de bătrâni, probabilitatea depresiei este de două ori mai mare decât la cele care trăiesc afară[213] – de fapt, s-a afirmat că peste o treime dintre cele internate în instituţii au un grad semnificativ de depresie.[214] Este izbitor faptul că efectele tratamentului placebo la vârstnici sunt substanţial mai mari decât norma. Reiese de aici că aceste persoane au unele beneficii de la circumstanţele luării placeboului, dincolo de beneficiile psihosomatice convenţionale ale credinţei că primeşti medicamentul. Monitorizarea şi interviurile amănunţite care fac parte din planificarea unui studiu, reglementarea atentă şi concentrarea minţii au un efect semnificativ. Persoanele vârstnice se simt mai bine când li se dă mai multă atenţie.[215] Bătrânii din societatea noastră trebuie să fie îngrozitor de singuri ca acestă reacţie mică să-i învioreze atât de mult.

Factorii sociali care duc la depresie în rândurile vârstnicilor sunt puternici, dar se pare că şi importantele modificări din organism afectează starea de spirit. La bătrâni, nivelurile tuturor neurotransmiţătorilor sunt mai scăzute.[216] Nivelul serotoninei la oamenii de peste optzeci de ani este jumătate din cât a fost când aveau şaizeci de ani.[217] Desigur, în această etapă a vieţii corpul trece prin multe schimbări metabolice şi multe reechilibrări chimice, astfel încât scăderea nivelurilor neurotransmiţătorilor nu are acelaşi efect imediat (din câte ştim noi) pe care l-ar fi avut la o persoană mai tânără al cărei nivel de serotonină a fost înjumătăţit brusc. Măsura în care plasticitatea şi funcţionarea creierului se reduc odată cu îmbătrânirea se reflectă şi în faptul că tratamentul antidepresiv are nevoie la bătrâni de o perioadă deosebit de lungă pentru a-şi face efectul.[218] Aceiaşi inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) care la un adult aflat la mijlocul vieţii încep să acţioneze în răstimp de trei săptămâni, la un bătrân au nevoie adesea de douăsprezece săptămâni sau mai mult ca să devină eficienţi.[219] Cu toate acestea, rata tratamentului reuşit nu e modificată de vârstă; aceeaşi proporţie dintre oameni reacţionează la tratament.

Adesea, există trei motive pentru care terapia cu electroşocuri este indicată pentru bătrâni.[220] Primul este că, spre deosebire de medicamente, acţionează rapid; a lăsa pe cineva să cadă tot mai adânc în depresie până ce medicamentele să înceapă să-i scadă disperarea nu e constructiv. În plus, electroşocurile nu au interacţiuni nocive cu alte medicamente pe care le-ar putea lua vârstnicii – în multe cazuri, astfel de interacţiuni pot să limiteze gama antidepresivelor ce pot fi prescrise. În sfârşit, persoanele vârstnice depresive au adesea pierderi de memorie şi pot să uite să-şi ia medicamentele

sau pot să uite că le-au luat şi să ia prea multe. Electroşocurile sunt mult mai uşor de controlat din acest punct de vedere. Spitalizarea pe termen scurt este de multe ori cea mai bună modalitate de a îngriji vârstnicii care au depresie majoră.[221]

Depresia poate fi greu de depistat la această categorie de persoane.[222] Problemele legate de libidou, care sunt elemente importante ale depresiei la personele mai tinere, nu joacă un rol prea semnificativ la vârstnici. Ei se simt vinovaţi de mai puţine ori decât depresivii tineri. În loc să devină somnoroşi, depresivii vârstnici tind să aibă insomnii, când zac treji noaptea, adesea în ghearele paranoiei. Au reacţii catastrofice mult exagerate la evenimente mărunte. Tind să aibă o mulţime de reacţii somatice şi să se plângă de un număr foarte mare de dureri, junghiuri şi neplăceri stârnite de vreme: fotoliul ăsta nu mai e confortabil; duşul meu nu mai are presiune; mă doare braţul drept când ridic cana de ceai; luminile din camera mea sunt prea puternice. Şi tot aşa, la nesfârşit. Devin iritabili, morocănoşi, manifestând adesea o asperitate emoţională supărătoare faţă de cei din jur, sau indiferenţă afectivă, iar uneori dând dovadă de „incontinenţă emoţională“.[223] Aceste simptome reacţionează de cele mai multe ori la inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS). Depresia lor e adesea consecinţa directă a schimbărilor din sistemele organice (inclusiv fluxul redus al sângelui către creier) sau rezultatul suferinţei şi umilinţei pricinuite de decăderea trupească. Demenţa senilă şi senilitatea sunt adesea însoţite de depresie, însă bolile, cu toate că se pot produce simultan, sunt diferite. În demenţă, scade capacitatea funcţiilor mintale automate: e compromisă memoria de bază, în special cea pe termen scurt. La pacienţii depresivi, sunt blocate procesele psihologice dificile: amintirile complexe pe termen lung devin inaccesibile, iar procesarea informaţiilor noi e obstrucţionată. Cei mai mulţi dintre vârstnici nu percep însă aceste distincţii şi presupun că simptomele depresiei ţin de vârstă şi de o uşoară demenţă şi, de aceea, în atât de multe cazuri nu parcurg etapele elementare pentru ameliorarea stării lor.

Una dintre mătuşile din partea bunicilor, când se apropia de o sută de ani, a căzut în apartamentul său şi şi-a rupt piciorul. Piciorul i-a fost pus în ghips şi s-a întors acasă cu o echipă de asistente medicale. Era limpede că la început i-a fost greu să umble şi cu mare greutate putea să facă setul de exerciţii dat de fizioterapist. După o lună, piciorul se vindeca remarcabil de bine, dar ei încă îi era frică să umble şi continua să se împotrivească mişcării. Se obişnuise să folosească o comodă ce putea fi adusă lângă pat, în loc să străbată cei patru

metri până la toaletă. Cochetăria ei de o viaţă dispăruse brusc şi refuza să se ducă la coafor, la care se dusese de două ori pe săptămână, vreme de aproape un secol. De fapt, refuza cu totul să iasă din casă şi tot amâna o vizită la podolog, în ciuda unei unghii incarnate ce trebuie să fi fost dureroasă. Săptămânile treceau aşa, în apartamentul ei claustrofobic. Între timp, somnul îi devenise neregulat şi tulburat. Refuza să vorbească cu verii mei când o sunau. Întotdeauna fusese foarte meticuloasă cu treburile sale şi destul de secretoasă în privinţa amănuntelor; acum, mă ruga să deschid facturile şi să le plătesc, pentru că erau prea încâlcite pentru ea. Nu putea pune cap la cap informaţii simple – mă punea să repet de opt ori ce aveam de gând să fac la sfârşit de săptămână, şi această retardare cognitivă părea aproape senilitate. Începuse să se repete şi, cu toate că nu era tristă, îi scăzuse încrederea în sine. Medicul ei generalist susţinea că nu e decât un stres legat de traumă, dar eu mi-am dat seama că se pregăteşte să moară şi mi s-a părut că e o reacţie nepotrivită faţă de un picior rupt, indiferent cât era ea de bătrână.

În cele din urmă, l-am convins pe psihofarmacologul meu să vină acasă la ea şi să-i vorbească, şi pe dată a diagnosticat o depresie majoră tipică vârstnicilor şi i-a prescris celexa. Peste trei săptămâni, aveam programare la podolog. Am insistat să iasă din casă, parţial pentru că piciorul ei avea nevoie de îngrijire, dar, mai ales, pentru că mă gândeam că e nevoie ca ea să se aventureze din nou în lume. S-a uitat la mine cu nelinişte când am determinat-o să iasă şi toată chestiunea i se părea cu totul epuizantă. Era derutată şi speriată de-a binelea. După alte două săptămâni, aveam întâlnire cu doctorul care-i operase piciorul. Am ajuns acasă la ea şi am găsit-o într-o rochie frumoasă, cu părul pieptănat şi rujată un pic, cu o mică broşă cu perle pe care o purta adesea în zilele mai fericite. A coborât scările fără să se plângă. Era limpede că ieşirea i se părea stresantă, şi a fost un pic agitată în cabinetul doctorului şi niţel paranoidă, dar, când a intrat chirurgul, a fost fermecătoare şi destul de vorbăreaţă cu el. La sfârşitul vizitei, asistenta ei şi cu mine am dus-o în scaunul cu rotile spre ieşirea din clădire. Era bucuroasă să afle că piciorul s-a vindecat bine şi le-a mulţumit tuturor din suflet. Eram fericit la fiecare semn că-şi revenise, dar nimic nu mă pregătise s-o aud, când plecam: „Dragă, luăm prânzul în oraş?“ Şi ne-am dus la un restaurant care ne plăcea dintotdeauna şi, cu ajutorul meu, chiar a făcut câţiva paşi prin restaurant, şi ne-am spus povestioare, şi am râs, şi s-a plâns că nu-i destul de fierbinte cafeaua ei şi a trimis-o înapoi, şi era din nou *vie*. Nu pot spune că după aceea a revenit la prânzurile luate regulat în oraş, dar a acceptat să iasă o

dată la câteva săptămâni, şi i-au revenit treptat coerenţa elementară şi simţul umorului. Peste şase luni, a avut o hemoragie internă, care s-a dovedit minoră, şi a fost internată trei zile. Îmi făceam griji pentru ea, dar mă bucuram că dispoziţia îi era destul de flexibilă ca să facă faţă internării fără să devină panicată sau confuză. La o săptămână după ce s-a întors acasă, am vizitat-o şi am verificat dacă are destule medicamente. Am observat că flaconul de celexa era aproape la fel de plin ca atunci când verificasem data trecută. „Ai luat din astea?“ am întrebat-o. „A, nu“, a zis. „Doctorul mi-a spus să nu le mai iau.“ M-am gândit că o fi înţeles greşit, dar asistenta fusese prezentă când i-au fost date aceste instrucţiuni şi le-a confirmat. Sincer, am fost uluit şi îngrozit. Celexa nu are efecte secundare gastroenterologice, şi părea foarte improbabil să fie implicat în hemoragia ei. Nu exista vreun motiv serios să nu-l mai ia, şi n-avea cum să existe vreun motiv serios ca să înceteze brusc să-l ia; chiar şi cineva tânăr şi în stare bună ar trebui să renunţe la antidepresive treptat şi conform unui program clar. Cineva care are beneficii substanţiale de pe urma medicamentelor n-ar trebui să fie lăsat fără ele, însă gerontologul care a tratat-o pe mătuşa mea hotărâse, dintr-o toană, că ar fi bine pentru ea să renunţe la orice medicamente „care nu sunt necesare“. L-am sunat pe doctor şi am zbierat la el cât m-au ţinut plămânii, i-am trimis directorului spitalului o scrisoare indignată şi i-am spus mătuşii mele să-şi ia din nou medicamentele. Trăieşte destul de fericită şi are mai puţin de o lună până să împlinească o sută de ani în momentul în care această carte pleacă la tipar. Peste două săptămâni, ne ducem la coafor, ca să arate cât mai bine la mica petrecere pe care am plănuit-o. Mă duc la ea în fiecare joi, iar după-amiezile petrecute împreună, care erau cândva o piatră de moară în spinarea mea, sunt acum pline de amuzament; acum câteva săptămâni, când i-am dat nişte veşti bune legate de familie, a bătut din palme şi apoi a început să cânte. Vorbim despre tot soiul de lucruri, iar de curând am tras foloase de pe urma înţelepciunii ei, care vine încetişor înapoi odată cu darul bucuriei.

Depresia este adesea o stare precursoare a perturbării grave a minţii. Ea pare să prezică, într-un anumit grad, senilitatea şi boala Alzheimer;[224] la rândul lor, aceste boli pot să coexiste cu depresia sau s-o declanşeze. Boala Alzheimer pare să scadă procentele de serotonină chiar mai mult decât o face îmbătrânirea.[225] Avem capacităţi foarte limitate de a modifica deruta şi decăderea cognitivă care sunt esenţa senilităţii ori a bolii Alzheimer, dar putem uşura durerea psihică acută care însoţeşte adesea aceste două afecţiuni. Mulţi oameni sunt dezorientaţi fără să fie speriaţi sau foarte trişti, şi aceasta

este, pe moment, o stare pe care o putem obţine la această categorie de persoane – dar, de obicei, n-o facem. S-au făcut unele experimente, pentru a vedea dacă nivelurile scăzute ale serotoninei pot fi răspunzătoare de senilitate,[226] dar pare mai probabil ca demenţa să fie urmarea vătămării anumitor zone cerebrale, printre care şi cele răspunzătoare de sinteza serotoninei. Cu alte cuvinte, senilitatea şi nivelul scăzut al serotoninei sunt consecinţe separate ale aceleiaşi cauze. Se pare că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei (ISRS) nu au prea multă influenţă asupra aptitudinilor motorii sau aptitudinilor intelectuale care sunt perturbate de senilitate;[227] adesea însă, o stare de spirit mai bună le permite persoanelor mai vârstnice să-şi folosească mai bine capacităţile care mai sunt prezente organic, aşa încât ar putea exista, din punct de vedere practic, un anumit grad de ameliorare cognitivă.[228] Pacienţii cu Alzheimer şi alţi vârstnici depresivi par să reacţioneze, de asemenea, la medicamentele atipice, cum este trazodonul, care nu sunt, de obicei, tratamentele alese în primul rând pentru depresie. S-ar putea să reacţioneze şi la benzodiazepine, dar acestea tind să-i sedeze excesiv.[229] Ei reacţionează bine la electroşocuri. Faptul că sunt incoerenţi nu trebuie să-i facă prizonierii suferinţei. La pacienţii cu Alzheimer care prezintă agresivitate sexuală – nu e o situaţie neobişnuită –, ar putea fi de ajutor terapiile bazate pe hormoni;[230] mie însă acest lucru mi se pare inuman, în afară de cazul în care sentimentele sexuale le provoacă suferinţă celor care le au. În general, pacienţii cu demenţă nu reacţionează la terapiile conversaţionale.

Adesea, depresia e şi rezultatul atacului cerebral.[231] La persoanele aflate în primul an după atac, există o probabilitate de două ori mai mare să devină depresive. Acesta poate fi rezultatul lezării fiziologice a anumite zone din creier, iar unele cercetări au sugerat că, în cazul atacurilor în lobul frontal stâng,[232] există o probabilitate deosebit de mare de dereglare a afectelor. După recuperarea iniţială, multe persoane vârstnice care au suferit atacuri cerebrale au crize de plâns foarte puternice la aspecte mărunte, pozitive sau negative. După un atac cerebral, un pacient izbucnea în lacrimi de douăzeci şi cinci până la o sută de ori pe zi, fiecare criză durând între unu şi zece minute, şi asta îl storcea de puteri în aşa măsură, încât abia putea să facă cele mai elementare lucruri.[233] Tratamentul cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei a adus rapid sub control aceste crize; însă, de cum n-a mai luat medicamentul, plânsul a revenit, şi acum ia medicamente permanent. Alt bărbat, care a trebuit să renunţe complet la muncă timp de zece ani din cauza

depresiei apărute în urma unui atac cerebral, era predispus la accese de plâns, dar tratamentul cu un inhibitor selectiv de recaptare a serotoninei l-a pus din nou pe picioare, astfel că, spre vârsta de şaptezeci de ani, s-a întors la muncă.[234] Nu încape îndoială că atacurile localizate în anumite zone ale creierului au consecinţe afective devastatoare. Se pare însă că, în unele cazuri, aceste consecinţe pot fi controlate.

În depresie, spre deosebire de sex ori vârstă, apartenenţa etnică nu pare să aibă determinanţi biologici. Aşteptările culturale ale celor din jur îi fac însă pe suferinzi să-şi manifeste boala în anumite feluri. În remarcabila sa carte *Mad Travelers*, Ian Hacking descrie un sindrom (călătoria fizică în stare de inconştienţă) care a afectat mulţi oameni la sfârşitul secolului al XIX-lea şi care a dispărut după câteva decenii. Nimeni nu mai e acum în situaţia de a face călătorii fizice fără să ştie că le face. Anumite perioade istorice şi sectoare sociale au fost în mod clar afectate de anumite simptome mintale. „Prin «boală mintală tranzitorie»“, spune Hacking, „înţeleg o boală care apare la un moment dat într-un anumit loc şi apoi dispare treptat. Poate fi selectivă din punctul de vedere al clasei sociale sau al sexului, preferând femei sărace sau bărbaţi bogaţi. Nu vreau să spun că vine şi pleacă la un anumit pacient, ci că acest tip de nebunie există doar în anumite momente şi în anumite locuri.“[235] Hacking interpretează teoria emisă de Edward Shorter că aceeaşi persoană care, în secolul al XVIII-lea, a suferit crize de leşin şi convulsii, care, în secolul al XIX-lea, ar fi avut paralizie isterică sau contracţii, acum probabil că ar suferi de depresie, oboseală cronică sau anorexie.

Legăturile dintre apartenenţa etnică, educaţie şi clasă, chiar şi printre americanii depresivi, sunt prea încâlcite pentru a putea fi catalogate. Pot fi totuşi schiţate unele generalităţi. Juan López, de la Universitatea din Michigan, este un tip voios, cu mult simţ al umorului şi un stil cald şi direct. „Sunt un cubanez însurat cu o portoricană şi avem un fin mexican“, zice, „şi am trăit o vreme în Spania. Aşa că, pentru cultura latino-americană, am bazele acoperite destul de bine.“ López a lucrat mult cu populaţia de muncitori migranţi latino-americani din Michigan şi cu preoţii care sunt principalii lor îngrijitori, şi şi-a asumat sarcina de a se ocupa de nevoile lor psihologice. „Lucrul minunat în ce priveşte Statele Unite“, spune el, „este că poţi avea atât de multe fundaluri culturale care interacţionează cu aceeaşi boală.“ López a observat că la latino-americani este mai mare probabilitatea să somatizeze decât să-şi declare problemele psihologice. „Sunt femeile astea – şi sunt neam cu multe dintre ele – care vin şi zic: «Vai, mă junghie spatele

şi mă doare burta şi-mi simt picioarele aiurea» şi aşa mai departe. Ce vreau totuşi să ştiu – şi nu reuşesc să aflu – este dacă spun asta doar ca să nu-şi recunoască problemele psihologice, sau dacă aşa trăiesc ele depresia, fără să aibă simptomele obişnuite. Dacă se simt mai bine, aşa cum se întâmplă cu multe dintre ele, pentru că l-au ascultat pe Walter Mercado, misticul ăsta portorican care e ca o încrucişare între Jerry Falwell şi Jeane Dixon,[236] atunci ce s-a petrecut, de fapt, în ele pe plan biologic?“ Depresia în rândul grupurilor latino-americane mai educate este, probabil, mai apropiată de depresia în rândul populaţiei generale.

Un prieten al meu dominican, trecut puţin de patruzeci de ani, a avut o cădere psihică surprinzătoare, bruscă şi copleşitoare, când el şi a doua sa soţie au căzut de acord să se despartă. Ea s-a mutat, iar lui i-a fost din ce în ce mai greu să-şi îndeplinească sarcinile de administrator al unei clădiri. Era copleşit de sarcini simple; n-a mai mâncat; somnul i s-a dereglat. S-a îndepărtat de prieteni şi chiar de copiii săi. „Nu m-am gândit că e o depresie“, mi-a spus mai târziu. „M-am gândit că probabil o să mor şi că poate aveam o boală fizică. Presupun că ştiu că eram supărat, dar n-am ştiut ce are asta a face cu altceva. Ca dominican, sunt foarte emotiv, dar, presupun, şi cam *macho*, aşa că am o grămadă de sentimente, dar nu mi-e uşor să le exprim, şi nu-mi îngădui să plâng.“ După două luni pe care le-a petrecut zi şi noapte în subsolul clădirii unde lucra – „Nu ştiu cum mi-am păstrat slujba, dar, din fericire, în nici un apartament n-a fost vreo inundaţie sau aşa ceva“ –, a făcut, în cele din urmă, o călătorie acasă, în Republica Dominicană, unde trăise primii zece ani din viaţă şi unde mai avea o mulţime de prieteni. „Beam. Am şezut în avion şi m-am îmbătat rău, pentru că mi-era frică de toate, chiar şi să mă duc acasă. Şi am început să plâng în avion şi am plâns cât a durat zborul şi am stat acolo, în aeroport, plângând, şi încă mai plîngeam când l-am văzut pe unchiul meu, care venise să mă întâmpine. Era rău. Eram jenat şi supărat şi speriat. Dar, cel puţin, ieşisem din afurisitul ăla de subsol. Apoi, pe plajă, după câteva zile, am întâlnit femeia asta, iubita asta, fata asta frumoasă, care credea că e cu adevărat fascinant faptul că vin din SUA. Şi, cumva, am ajuns să mă văd pe mine însumi prin ochii ei şi am început să mă simt mai bine. Am băut în continuare, dar n-am mai plâns, pentru că nu puteam să plâng în faţa ei, şi poate că asta mi-a prins bine. Ştii, pentru mine, ca dominican, mai ales atenţia femeilor e o necesitate reală. Fără asta, cine sunt?“ După câteva luni, s-a împăcat cu soţia şi, cu toate că tristeţea a mai dăinuit, a dispărut anxietatea. Când am pomenit de medicamente, a scuturat din cap: „Ştii, ăsta

nu-s eu“, a zis, „să iau medicamente pentru sentimente.“

Depresia la afro-americani vine cu seria ei specială de greutăţi. În minunata şi emoţionanta sa carte *Willow Weep for Me*, Meri Danquah descrie afecţiunea: „Depresia clinică pur şi simplu n-a existat în lumea posibilităţilor mele, sau, de fapt, în lumea posibilităţilor oricărei negrese din lumea mea. Iluzia puterii a avut şi continuă să aibă o mare semnificaţie pentru mine, ca negresă. Singurul mit pe care a trebuit să-l suport toată viaţa este cel al presupusului meu drept din naştere la putere. Se *presupune* că negresele sunt puternice – dătătoare de îngrijri, de hrană, de vindecare pentru alţi oameni –, oricare dintre cele douăsprezece duzini de variante ale doicii negrese. Se *presupune* că dificultăţile afective sunt încorporate în structura vieţii noastre. Vin laolaltă cu sfera statutului de negresă şi de femeie.“ De obicei, Meri Danquah e orice în afară de depresivă: o femeie frumoasă, stilată, spectaculoasă, cu o aură de autoritate regală. Povestirile ei despre săptămânile şi lunile pe care le-a pierdut din viaţă sunt zguduitoare. Nu-şi uită niciodată calitatea de negresă. „Sunt tare fericită“, a spus, „că am o fiică, şi nu un fiu. Urăsc să mă gândesc cum e viaţa pentru bărbaţii negri în zilele astea, şi cum ar fi pentru un copil cu un istoric familial de depresie. Urăsc să mă gândesc că, până la urmă, s-ar putea ca acel copil să se facă mare şi să ajungă după gratii, în sistemul penitenciarelor. Nu prea e mult loc pentru negresele care ajung la depresie, dar nu e pic de loc pentru bărbaţii negri.“[237]

Nu există o istorie tipică a depresiei la negri. Asimilarea inconştientă a rasismului – îndoiala de sine afirmată pe terenul atitudinilor sociale dominante – joacă adesea un rol important. Câteva dintre persoanele ale căror poveşti sunt incluse în această carte sunt afro-americani; am ales să nu identific persoanele după rasă, în afară de cazul în care acest lucru pare deosebit de relevant pentru detaliile suferinţei lor. Dintre numeroasele istorii atipice pe care le-am auzit, m-am apropiat, în mod special, de povestea lui Diéry Prudent, un afro-american de origine haitiană, ale cărui probleme cu depresia se pare că i-au călit spiritul, l-au făcut mai înţelegător în interacţiunile cu ceilalţi oameni, şi care e profund conştient de felurile în care propriul său statut de negru îi afectează viaţa afectivă. A fost cel mai mic dintre nouă copii, a crescut în zona săracă Bedford- Stuyvesant din Brooklyn şi apoi la Fort Lauderdale, unde părinţii i s-au mutat după pensionare. Mama lucra cu jumătate de normă ca ajutor în domeniul îngrijirii medicale la domiciliu, iar tatăl său era tâmplar. Ambii părinţi erau adventişti de ziua a şaptea foarte credincioşi, care au impus standarde înalte de comportament şi

de corectitudine, iar Diéry a trebuit să împace aceste lucruri cu viaţa pe unele dintre cele mai dure străzi din lume. S-a întărit, fizic şi mintal, ca să supravieţuiască tensiunii dintre aşteptările familiei sale şi obstacolele şi bătăliile zilnice pe care i le impunea lumea din afară. „Întotdeauna am avut impresia, chiar şi când eram copil, că sunt din afară, că sunt sortit pedepselor şi umilirilor. Nu erau mulţi alţi haitieni în cartierul nostru când am crescut eu, şi eram cu singuranţă singurii adventişti de ziua a şaptea pe o rază de kilometri întregi în jur. Eram hărţuit pentru că eram diferit; copiii de pe strada mea îmi ziceau «cap de cocos». Eram una dintre puţinele familii care nu trăiau din ajutor social. Şi eram copilul cu pielea cea mai închisă la culoare din zonă, şi am ieşit în evidenţă din pricina acestui lucru. În familia mea, undeva între aşteptarea culturală ca odraslele să se supună fără crâcneală şi învăţătura religioasă «Cinsteşte-i pe tatăl tău şi pe mama ta», am învăţat că nu-i în ordine să fii furios – sau, cel puţin, s-o arăţi. Am învăţat de mic să afişez un chip de piatră şi să-mi ţin simţămintele bine tăinuite. În schimb, era multă furie pe străzi, multă violenţă în cartierul nostru, iar când am fost atacat şi hărţuit am întors şi celălalt obraz, aşa cum ne învăţa biserica noastră să facem, şi oamenii au râs de mine. Trăiam într-o permanentă frică. Pentru o vreme, am avut o tulburare de vorbire.

Apoi, pe când aveam vreo doisprezece ani, am obosit să tot fiu pălmuit, jefuit şi bătut de copii mai mari, mai duri şi mai învăţaţi cu strada. Am început să fac exerciţii de forţă şi să mă antrenez la arte marţiale. Era plăcut să suport cele mai aspre şi mai epuizante regimuri pe care le puteam născoci. Trebuia să ajung dur din punct de vedere fizic, dar îmi doream şi o duritate afectivă. A trebuit să lupt ca să trec prin şcoală, să suport manifestări de rasism şi brutalităţi ale poliţiei – am început să citesc revistele *Black Panther* ale fratelui meu –, să mă feresc să mă droghez sau să fiu închis. Fiind cu nouă ani mai mic decât fratele dinaintea mea, ştiam că o să ajung, în cele din urmă, să particip la o mulţime de înmormântări – începând cu părinţii mei, care erau deja bătrâni când am venit eu pe lume. Nu credeam că am de aşteptat prea multe lucruri plăcute. Frica mea era combinată cu o profundă disperare; adesea mă simţeam trist, cu toate că încercam să nu las să se vadă. Nu exista o supapă de eliberare a furiei, aşa că trăgeam de fiare, făceam baie ore întregi în apă care aproape mă opărea, citeam tot timpul, ca să mă îndepărtez de propriile sentimente. Pe la şaisprezece ani, furia mea a început să clocotească la suprafaţă. Cultivam mistica genului kamikaze: «Poţi să-mi faci tot ce vrei, dar, dacă-ţi baţi joc de mine, te omor.» Lupta a devenit o dependenţă, o

ţâşnire de adrenalină, şi simţeam că, dacă aş învăţa să sufăr, nimic nu m-ar mai putea răni. Încercam din răsputeri să-mi acopăr sentimentul de neajutorare.“

Diéry a supravieţuit durerii fizice şi psihologice a adolescenţei şi a părăsit ghetoul, înscriindu-se la Universitatea din Massachusetts, unde şi-a luat licenţa în literatura franceză. Într-un semestru petrecut la Paris, a întâlnit-o pe femeia care-i este acum soţie şi a hotărât să mai stea acolo un an. „Cu toate că eram încă student“, îşi aminteşte el, „am avut o viaţă ce părea seducătoare. Eram model pentru campanii publicitare şi parade ale modei, mă învârteam în lumea jazzului, călătoream în toată Europa. Dar nu eram pregătit pentru rasismul flagrant al poliţiei franceze.“ După ce, vreme de un an, a tot fost oprit, percheziţionat şi reţinut într-o serie de controale ocazionale ale poliţiei, a fost bătut în public şi arestat pentru comportament turbulent când a obiectat faţă de un incident cu totul ieşit din comun cu poliţiştii parizieni. Furia ascunsă a lui Diéry s-a transformat în simptome de depresie acută. A continuat să-şi vadă de treburi, dar „asupra mea apăsa o greutate mare“.

Diéry s-a întors în SUA ca să-şi dea licenţa şi, în 1990, s-a mutat la New York, ca să-şi caute un loc de muncă. A obţinut o serie de posturi de relaţii publice în instituţii. După cinci ani însă, „am simţit că opţiunile mele profesionale erau foarte limitate. Am simţit că mulţi dintre oamenii cu care mă asociam aveau mai mult succes decât mine; alţii păreau să avanseze mai repede şi să aibă perspective mai bune. Cel mai important, am simţit că-mi lipseşte ceva, şi depresia mi s-a accentuat.“

În 1995, Diéry a fondat Prudent Fitness, propria companie specializată în pregătirea personală, care a avut mult succes. El se adresează acum clienţilor cu forţa eliberatoare a exerciţiului, unii dintre aceştia venind la cursuri în Brooklyn, în casa din piatră, renovată, în care locuieşte împreună cu soţia şi fiica. Modul său de a trata e holistic ca spirit, deşi disciplinat ca execuţie. Capacitatea sa de a suporta greutăţile devine inspiratoare pentru clienţi. „Prefer să creez contactul cu oamenii la un nivel destul de profund, şi cred că abilitatea mea specială ca instructor constă în faptul că pot să-l iau pe cel mai recalcitrant şi mai refractar client şi să găsesc o cale de a-l motiva. E nevoie de multă empatie, de sensibilitate şi de un stil de comunicare adaptabil. Această muncă îmi îngăduie să-mi folosesc cele mai bune părţi ca să-i ajut pe alţii, şi asta-mi dă un sentiment foarte plăcut. Am cunoscut de curând o femeie care e asistent social şi care vrea să combine antrenamentul de fitness cu munca socială de întărire a personalităţii. Cred că e o idee fabuloasă. Vezi,

munca asta vizează obţinerea controlului asupra lucrului pe care-l poţi controla: propriul corp.“

Diéry suferă atât de problemele lumii mai sărace din care vine, cât şi de cele ale lumii mai bogate în care trăieşte. Eleganţa pe care şi-o arborează cu cea mai mare nonşalanţă e câştigată din greu, şi poate să-şi păstreze demnitatea pentru că se priveşte pe sine cu ochi foarte critici, într-o lume care e permanent gata să-l privească pe el cu ochi foarte critici. Diéry a reuşit cu greu să le vorbească despre depresie tuturor membrilor familiei sale. Nu e sigur că ar fi toţi în stare să înţeleagă boala din perspectiva sa, chiar dacă tatăl său şi alţi membri ai familiei au prezentat simptomele ei. I-a fost greu uneori să-şi păstreze atitudinea de „prâslea cel voios“, şi n-a fost totdeauna în stare să rămână pe poziţii. Din fericire, una dintre surorile sale, psiholog clinic, doctor în medicină, cu cabinet particular în Boston, l-a ajutat să găsească o cale de mers înainte când el a cerut ajutor pentru prima oară. Soţia lui l-a înţeles imediat şi avea să-i fie un sprijin fidel, dar şi ei i-a fost greu la început să împace masculinitatea şi siguranţa de sine a soţului său cu ceea ce ştia despre depresie.

De la prima terapie, la Paris, a fost în tratament conversaţional, şi o mare parte din timp, intermitent, a luat antidepresive. Cea mai recentă terapie urmată de el a fost pe o perioadă de cinci ani, cu o femeie care „mi-a dat un soi de validare. Am ajuns să înţeleg cât de greu îmi era să-mi procesez furia. Mă temeam să mă înfurii pe cineva, ca nu cumva să explodez şi să-l distrug. Acum, m-am eliberat de acea teamă. Prin terapie, mi-am dezvoltat o serie întreagă de aptitudini noi. Mă simt mai echilibrat. Mi-a sporit conştiinţa de sine. Mi-e mai uşor acum când îmi identific sentimentele, nu doar reacţionez la ele.“ Mai întâi căsnicia fericită, apoi naşterea fiicei l-au îmblânzit. „Vulnerabilitatea fiicei mele este unul dintre cel mai puternice lucruri pe care le are. Este unealta ei cea mai puternică. A schimbat felul în care văd eu vulnerabilitatea şi fragilitatea.“ Cu toate acestea, depresia revine. Fragilitatea iese iar la suprafaţă. Medicamentele trebuie readaptate. „Brusc, într-o zi se petrec câteva lucruri rele şi simt că nu mai sunt la largul meu în propria viaţă. Dacă n-aş avea iubirea soţiei şi fiicei care să mă ajute să trec peste asta, aş fi renunţat de multă vreme. Prin terapie, învăţ să înţeleg ce anume declanşează depresia. Cu îngrijirea şi sprijinul potrivit, încep să-mi definesc boala, în loc s-o las să mă definească ea pe mine.“

Diéry e constant ţinta rasismului, exacerbat de înălţimea şi fizicul său intimidant şi, lucru destul de ciudat, de înfăţişarea sa plăcută. Am văzut, în

magazine, vânzători evitându-l. Am stat alături de el la câte un colţ de stradă în New York, când se străduia, chiar şi câte un sfert de ceas, să cheme un taxi, şi nici unul nu se oprea pentru el; când am ridicat eu mâna, am avut un taxi în exact zece secunde. O dată, a fost arestat de poliţie la trei străzi de casa lui din Brooklyn, i s-a spus că înfăţişarea lui se potriveşte descrierii unui suspect pentru un delict şi a fost ţinut ore întregi în arest, prins cu lanţuri de o traversă. Comportamentul şi actele de identitate n-au contat pentru reprezentanţii autorităţilor care l-au închis. Ofensele rasiste constante şi politica minimului efort în recrutarea mâinii de lucru din grupurile subreprezentate, pentru a da aparenţa egalităţii rasiale – nu fac depresia mai uşor de suportat. Suspiciunea cu care este privit pe stradă şi prezumţia de vinovăţie sunt epuizante. Faptul că eşti atât de neînţeles de atât de mulţi oameni te face să te simţi însingurat.

Când Diéry se simte bine, dă destul de puţină atenţie acestor atacuri permanente asupra mândriei sale, pentru că e învăţat cu ele, dar „asta pur şi simplu îţi îngreunează atât de mult ziua“, mi-a spus odată. „Depresia însăşi nu distinge culorile. Când eşti deprimat, cred că poţi fi ori cafeniu, ori albastru, ori roşu, ori alb. Când sunt deprimat, văd în jurul meu oameni fericiţi de toate nuanţele, şi formele, şi mărimile şi-mi zic: «Doamne, sunt singurul de pe planeta asta care e deprimat.» Cu ei se petrece ceva, iar cu mine nu.

Dar, iată, intră în joc cartea rasei. Simţi că lumea pur şi simplu speră să te tragă la pământ. Sunt un bărbat negru mare şi puternic, şi nimeni n-are de gând să-şi piardă vremea părându-i rău pentru mine. Ce-ar fi dacă tu ai începe brusc să plângi în metrou? Cred că s-ar putea să te întrebe cineva ce-i cu tine. Dacă aş izbucni eu în plâns în metrou, şi-ar zice că am luat droguri dăunătoare. Când cineva reacţionează faţă de mine într-un fel care n-are nimic a face cu cine sunt eu şi cum sunt eu cu adevărat – e totdeauna un şoc pentru mine. E totdeauna un şoc discrepanţa dintre felul în care mă percep eu şi felul în care sunt perceput în lume, între viziunea mea interioară despre mine şi împrejurările exterioare ale vieţii mele. Când sunt deprimat – e ca o palmă peste obraz. Am stat ore întregi privindu-mă în oglindă şi zicând: «Eşti un tip care arată cumsecade; eşti curat; eşti îngrijit; eşti politicos şi bun la inimă. De ce oamenii nu te iubesc? De ce încearcă totdeauna să te snopească şi să-şi bată joc de tine? Şi să te doboare şi să te umilească? De ce?» Pur şi simplu, n-am putut să pricep. Există, aşadar, unele greutăţi exterioare cu care mă confrunt ca bărbat negru, care sunt diferite de cele cu care se confruntă

alţi oameni. Detest să recunosc faptul că rasa joacă un rol în cazul meu – nu în simptome, ci în circumstanţe. Ştii – e destul de greu să fiu eu însumi, chiar dacă n-aş fi negru! Dar vreau să zic că merită, cu siguranţă, să fiu. Când mă simt bine, sunt cu adevărat fericit că sunt eu, şi, ştii, e greu şi pentru tine să fii tu însuţi, chiar dacă nu eşti negru. Problema rasei e însă totdeauna prezentă, totdeauna mă sâcâie, totdeauna se hrăneşte din furia mea permanentă, permafrostul din mine. Mă coboară tare mult.“

Diéry şi cu mine ne-am cunoscut prin soţia lui, care-mi este o veche prietenă de facultate. Suntem prieteni deja de vreo zece ani şi, parţial din cauza experienţei noastre cu depresia, am devenit extrem de apropiaţi. Nu sunt bun la exerciţiile fizice de unul singur, şi o vreme Diéry mi-a fost şi antrenor – poziţie ce naşte o apropiere la fel de mare, din multe puncte de vedere, ca aceea pe care o am cu psihiatrul meu. Pe lângă restructurarea unui program de exerciţii, mă pune pe picioare şi mă ţine în stare de funcţionare. Întrucât îmi testează permanent limitele, ştie care sunt acestea. Ştie când are rost să mă împingă până la limita fizică şi când trebuie să se oprească înainte de limita mea afectivă. Este una dintre primele persoane pe care le sun când încep să mă afund – parţial, pentru că ştiu că intensificarea regimului meu de exerciţii fizice va avea un efect pozitiv asupra stării mele de spirit şi, parţial, pentru că are o blândeţe deosebită; parţial, pentru că ştie despre ce vorbesc şi, parţial, pentru că introspecţia l-a făcut capabil de intuiţie reală. A trebuit să am încredere în el, şi am. El este cel care a venit acasă la mine şi m-a ajutat să fac duş şi să mă îmbrac când eram în faza cea mai rea. Se numără printre eroii poveştii mele despre depresie. Şi este cu adevărat generos, cineva care şi-a ales munca, deoarece crede că poate face alţi oameni să se simtă bine, cineva care se simte răsplătit de propria bunătate; a transformat agresiunea autotorturării sale într-o disciplină productivă. Aceasta e o calitate cu adevărat rară într-o lume plină de oameni care se simt exploataţi de povara suferinţei altora.

Panoplia prejudecăţilor naţionale în privinţa depresiei e imposibil de catalogat. Bunăoară, mulţi est-asiatici evită subiectul până la negarea extremă. În acest spirit, un articol apărut recent într-o revistă din Singapore descria gama completă de medicamente, iar în încheiere afirma categoric: „Cereţi sprijin profesional, dacă aveţi nevoie, dar, între timp, fiţi veseli.“[238]

Anna Halberstadt, psihiatru cu cabinet în New York care lucrează exclusiv cu emigranţi ruşi dezamăgiţi de SUA, a spus: „Trebuie să fii în stare să auzi în contextul rusesc ceea ce au de spus oamenii aceştia. Dacă o persoană

născută în Uniunea Sovietică ar veni în cabinetul meu şi nu s-ar plânge de nimic, aş interna-o. Dacă se plânge de toate, ştiu că se simte bine. Doar dacă ar da semne de paranoia sau de dureri cumplite aş crede că s-ar putea să fie depresivă. E norma noastră culturală. «Ce mai faci?» «Nu grozav» e răspunsul-standard la ruşi. E o parte din ceea ce îi derutează în SUA, această afirmaţie ce pare de-a dreptul ridicolă: «Bine, mulţumesc, dar tu?» Şi, zău aşa, şi mie mi-e greu, chiar şi acum, să aud oamenii zicând asta. «Bine, mulţumesc.» Cui îi este bine?“

În Polonia, în anii ’70, a fost o perioadă cu puţine momente plăcute şi puţină libertate. În 1980, a început să-şi croiască drum prima mişcare a Solidarităţii, şi au urmat nădejdea şi comunicativitatea. Puteai vorbi pe faţă; oameni care multă vreme fuseseră copleşiţi de un sistem de guvernare străin au început să simtă plăcerea exprimării individuale, şi au apărut mijloace de comunicare în masă ce reflectau această nouă stare de spirit. În 1981 însă, în Polonia a fost impusă legea marţială şi s-au făcut enorm de multe arestări; cei mai mulţi activişti au executat sentinţe de circa şase luni. „A fi închis era un lucru pe care-l acceptau cu toţii“, îşi aminteşte Agata Bielik-Robson, care avea, la vremea aceea, o relaţie personală cu unul dintre activiştii de frunte, şi este ea însăşi un filozof politic foarte apreciat. „Ceea ce nu puteau suporta era pierderea speranţei.“ Sfera publică în care se exprimaseră pur şi simplu nu mai exista. „A fost începutul unui gen de depresie politică, o perioadă în care oamenii aceştia şi-au pierdut credinţa în comunicarea de orice fel: dacă nu puteau spune nimic într-un context public, nu voiau să spună nimic nici într-un context privat.“ Aceiaşi oameni care organizaseră manifestaţii şi scriseseră manifeste îşi pierduseră acum serviciul sau renunţaseră la el şi stăteau acasă, se uitau ore în şir la televizor şi trăgeau la măsea. Au devenit „morocănoşi, monosilabici, rupţi de lume, necomunicativi, închişi în ei“. Realitatea lor nu era prea diferită de ceea ce fusese cu cinci ani înainte, în afară de faptul că acum era traversată de umbra lui 1980, aşa încât ce fusese cândva acceptat ca realitate ajunsese să arate a înfrângere.

„În acea vreme, singura sferă în care exista o posibilitate de succes era cea domestică“, îşi aminteşte Agata Bielik-Robson. Femeile care fuseseră implicate în Solidaritatea, dintre care multe îşi abandonaseră viaţa de acasă pentru activism, s-au retras în rolurile tradiţionale ale femeilor şi şi-au îngrijit pe perioada grea bărbaţii bolnavi. „În acest fel, am găsit un ţel şi am avut un program propriu. Găseam atâta satisfacţie în rolul nostru, care se dovedise a fi esenţial! Începutul anilor ’80 a fost un moment în care femeile erau mai puţin

depresive decât în orice altă perioadă din istoria recentă a Poloniei, iar bărbaţii erau mai depresivi decât în orice altă perioadă.“

*

Pe lista grupurilor cu cea mai mare probabilitate de apariţie a depresiei, persoanele gay se situează şocant de sus.[239] Într-un studiu recent, cercetătorii au examinat gemeni de vârstă mijlocie, dintre care unul era gay, iar celălalt heterosexual.[240] Dintre heterosexuali, circa 4 la sută încercaseră să se sinucidă. Dintre persoanele gay, 15 la sută încercaseră să se sinucidă. În alt studiu, pe un eşantion aleatoriu de aproape patru mii de bărbaţi între şaptesprezece şi treizeci şi nouă de ani, 3,5 la sută dintre heterosexuali încercaseră să se sinucidă, în vreme ce aproape 20 la sută dintre cei care aveau parteneri de acelaşi sex încercaseră să se sinucidă. În alt studiu aleatoriu despre zece mii de bărbaţi şi femei, la cei care avuseseră în anul precedent relaţii sexuale cu persoane de acelaşi sex apărea un procent semnificativ de înalt al depresiei şi atacurilor de panică.[241] Un studiu reunind informaţii culese în Noua Zeelandă[242] de-a lungul a douăzeci şi unu de ani pe circa o mie două sute de indivizi a arătat că la cei care se identificau drept gay, lesbiană sau bisexual exista un risc mai mare de depresie majoră, tulburare de anxietate generalizată, tulburări de comportament, dependenţă de nicotină, gânduri de sinucidere şi încercări de suicid. Un studiu olandez[243] efectuat pe şase mii de persoane a arătat că la bărbaţii şi femeile gay există probabilitatea unor procente substanţial mai mari de depresie decât la heterosexuali. Un studiu pe patruzeci de mii de tineri, efectuat în Minnesota,[244] a arătat că la bărbaţii gay există o probabilitate de şapte ori mai mare de încercări de sinucidere decât la cei heterosexuali. Un alt studiu[245] pe aproximativ trei mii cinci sute de studenţi a arătat că bărbaţii gay erau de aproape şapte ori mai susceptibili să procedeze la o tentativă de suicid decât bărbaţii heterosexuali. Alt studiu[246] a arătat că, într-un eşantion de circa o mie cinci sute de studenţi, la persoanele gay (de ambele sexe) exista o probabilitate de peste şapte ori mai mare decât la studenţii heterosexuali de a fi procedat la patru sau mai multe încercări de suicid. Un studiu cu centrul la San Diego a arătat că, dintre sinuciderile la bărbaţi, 10 la sută sunt comise de persoanele gay.[247] Dacă eşti gay, riscurile de a fi depresiv cresc enorm.

Au fost propuse multe explicaţii ale acestui fapt, unele dintre ele mai plauzibile decât celelalte. Câţiva oameni de ştiinţă au adus argumente în favoarea unei legături genetice între homosexualitate şi depresie (ipoteză pe care o socotesc nu numai supărătoare, ci şi cu neputinţă de demonstrat). Alţii

au sugerat că persoanele care se aşteaptă ca tendinţele lor sexuale să-i împiedice să aibă copii se pot confrunta cu mortalitate mai timpurie decât cei mai mulţi dintre heterosexuali. Au circulat multe alte teorii, dar explicaţia cea mai evidentă a procentului înalt de depresie a persoanelor gay este homofobia. La persoanele gay, există o probabilitate mai mare decât la populaţia generală să fie respinse de familiile lor.[248] Există o probabilitate mai mare să aibă probleme de adaptare socială. Din cauza acestor probleme, există o probabilitate mai mare să renunţe la şcoală. Au un procent mai mare de boli cu transmitere sexuală. Există o probabilitate mai mică să fie în cupluri stabile în viaţa lor de adult. Există o probabilitate mai mică să aibă îngrijitori devotaţi spre sfârşitul vieţii. Există, în primul rând, o probabilitate mai mare să fie infectaţi cu HIV; şi, chiar şi la cei care nu sunt infectaţi, după ce apare depresia există o probabilitate mai mare de a practica sex neprotejat şi de a contracta virusul, lucru care, la rândul lui, agravează depresia. Mai presus de toate, există o probabilitate mai mare să-şi fi trăit viaţa pe ascuns şi, în consecinţă, să fi perceput o segregare intensă. La începutul anului 2001, m-am dus la Utrecht să-l întâlnesc pe Theo Sandfort, care a realizat lucrări de pionierat în domeniul depresiei la persoanele gay. Deloc surprinzător, Sandfort a constatat că rata depresiei este mai înaltă la cei care nu şi-au dezvăluit înclinaţia sexuală decât la cei care au făcut-o, şi este mai înaltă la persoanele singure decât la cele care au relaţii stabile pe termen lung. Aş spune că a-ţi dezvălui înclinaţia sexuală şi a fi în cuplu sunt factori care alină o cumplită singurătate, ce afectează o mare parte dintre persoanele gay. Mai presus de toate, Sandfort a descoperit că nivelul de dificultate cu care se confruntă persoanele gay în viaţa de zi cu zi este extrem de mare în multe feluri insesizabile, care trec uneori neobservate până şi de către cei pe care-i afectează; la persoanele gay, există, de pildă, o probabilitate mai mică de a le dezvălui celor cu care lucrează informaţii despre viaţa lor personală, chiar dacă le-au dezvăluit respectivilor colegi înclinaţia sexuală. „Şi asta e în Olanda“, spune Sandfort, „unde suntem mai deschişi în privinţa fenomenului gay decât aproape oriunde altundeva în lume. Simţim că există multă acceptare a homosexualităţii, dar lumea e încă heterosexuală, iar tensiunea faptului de a fi gay într-o lume heterosexuală e considerabilă. Există, ce-i drept, multe persoane gay care trăiesc bine; există, de fapt, persoane care, prin faptul că fac faţă cu succes complexităţii statutului de gay, au acumulat o forţă psihologică de-a dreptul uluitoare, mult mai mare decât egalii lor heterosexuali. Ambitusul sănătăţii mintale e însă mai larg în comunitatea gay

decât în orice altă comunitate, de la această mare forţă până la o cumplită neputinţă.“ Sandfort ştie despre ce vorbeşte. Lui însuşi i-a fost foarte greu când şi-a dezvăluit înclinaţia sexuală, pentru că a primit învinuiri de la ambii părinţi. Când avea douăzeci de ani, a devenit depresiv şi şubred. A stat şapte luni într-o clinică psihiatrică, ceea ce a schimbat atitudinea părinţilor, l-a condus la o nouă apropiere de ei şi a fost de natură să pună bazele unui nou tip de sănătate mintală, de care se bucură de atunci încoace. „De când m-am desfăcut în bucăţi şi m-am adunat la loc“, a spus, „ştiu cum sunt făcut şi, ca urmare, ştiu câte ceva despre cum sunt făcuţi alţi gay“.

Chiar dacă cercetători ca Sandfort au elaborat studii ample şi bine structurate, adunând cifre şi făcând corelaţii, sensul acestor statistici a fost explicat relativ puţin. În două lucrări remarcabile, *Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction* şi *Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients*, Richard C. Friedman şi Jennifer Downey scriu emoţionant despre originile şi mecanismele homofobiei asimilate inconştient. În centrul argumentelor lor, se află noţiunea de traumă din primii ani, legată de clasica viziune freudiană că trăirile iniţiale ne modelează pe tot restul vieţii. Totuşi, Friedman şi Downey pun accentul nu pe prima parte a copilăriei, ci pe ultima parte a ei, pe care o socotesc punctul de origine al încorporării atitudinilor homofobe. Într-un studiu recent despre socializarea bărbaţilor gay, se arată că, de obicei, copiii care vor deveni adulţi homosexuali sunt crescuţi în contexte heterosexiste şi homofobe şi că de mici încep să asimileze inconştient viziunea negativă a homosexualităţii, exprimată de colegi sau părinţi. „În această situaţie“, scriu Friedman şi Downey, „direcţia dezvoltării pacientului a fost, în prima parte a copilăriei, plină de ură faţă de sine, condensată în naraţiuni homofobe asimilate inconştient, structurate în ultima parte a copilăriei.“ Homofobia asimilată inconştient îşi are adesea originea în abuzurile şi neglijarea din prima parte a copilăriei. „Înainte de a deveni sexual activi cu alte persoane“, scriu Friedman şi Downey, „mulţi copii care vor deveni gay sunt etichetaţi drept «efeminaţi» sau «fetiţe». Sunt tachinaţi, ameninţaţi cu violenţă fizică, ostracizaţi şi chiar atacaţi de alţi băieţi.“ Într-adevăr, dintr-un studiu din 1998 a reieşit că orientarea homosexuală era legată statistic de furtul sau distrugerea deliberată a obiectelor lor personale în şcoală. „Aceste interacţiuni traumatice pot să aibă ca rezultat sentimentul de inadecvare masculină. Izolarea de colegii de sex masculin poate rezulta din ostracizare, din evitare anxioasă, sau din ambele.“[249] Aceste experienţe dureroase pot să

genereze o „ură faţă de sine globală şi tenace“ aproape imposibil de vindecat. Această problemă a homofobiei asimilate inconştient este asemănătoare, din multe puncte de vedere, cu rasismul şi cu tot felul de alte prejudecăţi asimilate inconştient. M-a mirat totdeauna procentul foarte înalt de sinucideri în rândurile evreilor din Berlin,[250] adolescenţi şi persoane între douăzeci şi treizeci de ani, care sugerează că la oamenii care se izbesc de prejudecăţi este mare probabilitatea de a se îndoi de sine, de a-şi subevalua viaţa şi, în cele din urmă, de a-şi pierde orice speranţă în faţa urii. Există însă speranţă. „Credem“, scriu Friedman şi Downey, „că multe persoane gay, bărbaţi şi femei, lasă cu adevărat în urmă consecinţele copilăriei lor, iar integrarea în subcultura gay slujeşte drept instrument de înlesnire acestei căi bine alese. Relaţiile de susţinere au adesea un efect terapeutic asupra supravieţuitorilor unei traume, întărind sentimentele de siguranţă şi respect de sine şi fortificând simţul identităţii. Procesele complexe implicate în consolidarea identităţii pozitive sunt alimentate în contextul interacţiunilor benefice cu alte persoane gay“.

Şi totuşi, în ciuda efectelor minunate şi curative ale comunităţii gay, problemele profunde persistă, şi partea cea mai interesantă a lucrărilor lui Friedman şi Downey se ocupă de pacienţii care par asemănători în „comportamentul lor *aparent* cu cei care par să fi lăsat în urmă cele mai rele consecinţe ale traumei“, dar care, de fapt, sunt vătămaţi grav de o ură faţă de sine persistentă. Aceste persoane îşi exprimă adesea prejudecăţile faţă de cei a căror homosexualitate le pare în vreun fel ostentativă, printre care se numără, de exemplu, bărbaţii strident efeminaţi sau efeminaţi, asupra cărora îşi proiectează dispreţul pe care-l simt faţă de propriile sentimente de nemasculinitate. Ei pot să creadă, conştient sau inconştient, că nu sunt cu adevărat stimaţi în domenii complet separate de viaţa lor erotică – la locul de muncă, de exemplu –, din cauză că ei cred că cei care-i percep drept gay îi cred inferiori. „O viziune negativă a sinelui ca inadecvat masculin funcţionează ca o fantezie inconştientă organizatoare“, scriu Friedman şi Downey. Această fantezie este „un element dintr-o naraţiune internă complexă, a cărei temă principală este «Sunt un bărbat demn de dispreţ, necorespunzător, nemasculin»“. Persoanele afectate de aceste atitudini pot să atribuie sexualităţii toate problemele din viaţa lor. „Autoestimarea negativă poate ajunge să fie atribuită dorinţelor homosexuale; astfel, cu toate că ea îşi poate avea rădăcinile în fenomene cu totul diferite, pacientul poate să creadă în mod conştient că se urăşte din cauză că e homosexual.“

Am socotit totdeauna că limbajul *gay pride* „mândria gay“ a dominat mişcarea gay, deoarece este, în realitate, exact opusul a ceea ce simt multe dintre persoanele gay. Ruşinea de a fi gay este endemică. „Culpa şi ruşinea de a fi gay duc la ură faţă de sine şi la comportament suicidar“, scriu Friedman şi Downey. Această ură faţă de sine este, în parte, „consecinţa identificării parţiale, de tip defensiv, cu agresorii, «aşezată peste» autoacceptarea produsă anterior“. Puţine persoane aflate la vârsta la care apare conştiinţa sexuală ar alege să fie gay, iar cele mai multe dintre persoanele care sunt gay nutresc o vreme fantezii de convertire. Acestea sunt îngreunate şi mai mult de o mişcare *gay pride* ce socoteşte ruşinoasă ruşinea de a fi gay. Dacă eşti gay şi te simţi nelalocul tău din această pricină, cei pro-*pride* o să te ia peste picior pentru temerea ta; homofobii o să-şi bată joc de tine că eşti gay; şi o să rămâi cu totul pe dinafară. E adevărat că ni-i asimilăm inconştient pe călăi. Refulăm adesea amintirile dureroase produse de primul nostru contact cu homofobia exterioară. Pacienţii gay descoperă adesea, după o terapie prelungită, convingerea profundă că „tata (sau mama) m-a urât totdeauna pentru că sunt homosexual“. S-ar putea, din păcate, să aibă dreptate. Într-un studiu făcut de *The New Yorker*, au fost interogaţi oameni de toate categoriile: „Ce aţi prefera pentru fiul sau fiica dumneavoastră: să fie heterosexual, fără copii şi necăsătorit sau cu o căsnicie nu prea reuşită; sau să fie homosexual, angajat într-o relaţie stabilă, fericită, şi având copii?“ Peste o treime dintre cei care au răspuns au ales „heterosexual, fără copii şi necăsătorit sau cu o căsnicie nu prea reuşită“.[251] De fapt, mulţi părinţi privesc homosexualitatea ca pe o pedeapsă care li s-a dat pentru păcatele lor; nu e vorba despre identitatea copiilor lor, ci despre propria identitate.

Am avut o perioadă agitată cu sexualitatea mea şi am trecut prin dificultăţi – familiare multor bărbaţi gay. N-au fost probleme, din câte-mi amintesc, până la şapte ani. În clasa a doua însă, au început chinurile. Eram neîndemânatic şi aveam o constituţie neatletică; purtam ochelari; nu eram interesat de spectacolele sportive; eram tot timpul cu nasul în câte o carte; cu fetele îmi era cel mai uşor să mă împrietenesc. Îmi plăcea muzica de operă mai mult decât ar fi fost potrivit pentru vârsta mea. Eram fascinat de magie. Eram ocolit de mulţi dintre colegii de şcoală. Când, în vara în care împlinisem zece ani, m-am dus într-o tabără departe de casă, am fost tachinat, hărţuit şi numit în mod regulat „poponar“ – cuvânt care m-a uluit, pentru că încă nu-mi formulasem în gând nici un fel de dorinţă sexuală. Până să ajung în clasa a şaptea, problema luase amploare. La şcoală, ochii atenţi ai unui

corp didactic liberal ofereau o oarecare protecţie, şi nu eram decât ciudat şi nepopular: prea studios, prea necoordonat, prea artist. În autobuzul şcolii însă, domnea brutalitatea. Îmi amintesc cum şedeam ţeapăn acolo, alături de o fetiţă oarbă cu care mă împrietenisem, în vreme ce întregul autobuz intona insulte la adresa mea, tropăind în ritmul ocărilor. Eram nu numai obiectul batjocurii, ci şi al unei uri intense, care, pe cât mă nedumerea, pe atât de mult mă durea. Acea perioadă îngrozitoare n-a durat prea mult; până să ajung în clasa a noua, lucrurile se liniştiseră, iar, în ultimul an de liceu, nu mai eram nepopular (nici la şcoală, şi nici chiar în autobuz). Învăţasem însă prea mult despre aversiune şi prea mult despre teamă, şi nu aveam să mai scap niciodată de ele.

În familia mea, am ştiut de la început că homosexualitatea nu avea să fie acceptată cu uşurinţă. În clasa a patra, am fost dus la un psihiatru, iar, după mulţi ani, mama mi-a spus că l-a întrebat dacă eram gay; se pare că el a spus că nu sunt. Pentru mine, episodul e interesant, pentru că mama fusese foarte îngrijorată de posibila mea identificare sexuală încă din perioada dinaintea pubertăţii mele. Sunt sigur că terapeutul ăla ignorant ar fi primit fără întârziere însărcinarea să rezolve problema sexualităţii mele, dacă ar fi evaluat-o cu mai multă precizie. N-am spus niciodată familiei mele de hărţuiala din tabără sau de cea de la şcoală; în cele din urmă, cineva i-a spus mamei sale ce se întâmplă în fiecare zi în autobuzul şcolii, iar mama aceea i-a spus mamei mele, care a vrut să ştie de ce nu i-am spus nimic. Cum aş fi putut? Întrucât începusem să simt ascuţişul dorinţei sexuale, am ţinut totul ascuns. Când un tip absolut adorabil mi-a făcut avansuri în timpul unei excursii cu membrii corului, am crezut că încearcă pur şi simplu să-şi bată joc de mine şi că o să trâmbiţeze lumii întregi veştile urâte despre mine; şi, spre veşnicul meu regret, l-am respins. Am ales, în schimb, să-mi pierd virginitatea cu un necunoscut, al cărui nume nu l-am aflat, într-un loc public dezgustător. Apoi, m-am urât. În anii care au urmat, am fost măcinat de secretul meu cumplit, şi m-am scindat în persoana neajutorată care făcea chestii revoltătoare prin spălătorii din subsoluri şi studentul strălucit, cu o droaie de prieteni, care se distra de minune la facultate.

Până să ajung la prima mea relaţie serioasă, la douăzeci şi patru de ani, încorporasem în eul meu sexual o cantitate impresionantă de experienţe nefericite. Acea relaţie, ce pare, privind în urmă, să fi fost nu numai surprinzător de afectuoasă, ci şi uimitor de normalizantă, mi-a marcat ieşirea dintr-o suferinţă sporită, iar în cei doi ani cât am trăit cu acel partener am

simţit că partea întunecată a vieţii mele s-a luminat. Mai târziu, am crezut că sexualitatea mea e implicată, într-un fel, în suferinţa mamei mele, în timpul fatalei boli; ura tare mult ceea ce eram eu, şi acea ură era, în ea, o otravă ce se prelingea în mine şi-mi strica plăcerile romantice. Nu pot separa homofobia ei de a mea, dar ştiu că amândouă m-au costat scump. E oare surprinzător că, atunci când am început să am impulsuri sinucigaşe, am ales să caut cu lumânarea HIV-ul? Nu era altceva decât o cale de a transforma tragedia interioară a dorinţelor mele într-o realitate fizică. Am presupus că prima mea cădere psihică a fost legată de publicarea unui roman care făcea aluzie la boala şi la moartea mamei mele; era însă şi o carte cu conţinut gay explicit, şi e sigur că şi lucrul acesta mi-a înlesnit căderea psihică. Poate că, într-adevăr, aceasta era angoasa dominantă: faptul că m-am silit să fac public ceea ce ţinusem atâta vreme între zidurile tăcerii.

Pot identifica acum elementele homofobiei asimilate inconştient, şi sunt mai puţin afectat de ele decât am fost înainte. Am avut relaţii mai lungi, semnificative, dintre care una a durat mulţi ani. Calea de la cunoaştere la libertate e totuşi lungă şi anevoioasă, şi înaintez pe ea luptând în fiecare zi. Ştiu că m-am angrenat în multe activităţi la care mă refer în această carte parţial ca supracompensare a sentimentelor homofobe de nemasculinitate. Fac paraşutism, am o puşcă, am participat la Outward Bound – toate ajutându-mă să compensez timpul cheltuit cu îmbrăcămintea, în aşa-zis feminina căutare a artei şi în îmbrăţişarea erotic-afectivă a bărbaţilor. Mi-ar plăcea să cred că de-acum sunt liber, dar, cu toate că am multe emoţii pozitive asociate cu sexualitatea mea, cred că n-am să scap niciodată cu totul de negare. M-am descris adesea ca bisexual. Am avut trei relaţii de lungă durată cu femei, şi ele mi-au produs multă încântare, afectivă şi fizică; dar, dacă lucrurile ar fi stat invers şi aş fi avut un mare interes sexual faţă de femei şi un interes minor faţă de bărbaţi, cu siguranţă n-aş fi apelat la experimentul identităţii sexuale alternative. Cred că e probabil să fi intrat în relaţii sexuale cu femei în bună parte ca să-mi pot dovedi mai mult masculinitatea. Cu toate că acest efort m-a condus la bucurii mari, a fost un efort de proporţii uneori devastatoare. Chiar şi cu bărbaţii am încercat uneori să manifest o dominare pe care n-o simţeam de fapt, încercând încă să-mi satisfac masculinitatea în context gay – pentru că, de fapt, până şi societatea gay emancipată îi priveşte homofob, de sus, pe bărbaţii care cedează. Ce-ar fi fost dacă n-aş fi irosit atât de mult timp şi energie fugind de ceea ce consider a fi calităţile mele nemasculine? Poate că aş fi fost în stare să evit întru totul trăirile mele

depresive? Aş fi fost mai degrabă întreg decât fragmentat? Poate că, îmi zic, cel puţin aş fi avut ani de fericire, care sunt acum pierduţi pe vecie.

Pentru a investiga mai bine problema decalajelor culturale în definirea depresiei, am cercetat viaţa populaţiilor eschimose (inuiţi) din Groenlanda[252] – parţial pentru că sunt multe cazuri de depresie în acea cultură şi parţial pentru că atitudinile culturii faţă de depresie sunt foarte distincte. Acolo, depresia afectează 80 la sută din populaţie. Cum poţi organiza o societate în care depresia joacă un rol atât de important? În prezent, Groenlanda, ca posesiune daneză, integrează în felul de a fi al unei societăţi străvechi realităţile lumii moderne, şi aproape totdeauna societăţile de tranziţie – comunităţile tribale africane care sunt inserate în naţiuni mai mari, culturile nomade urbanizate, fermierii individuali care sunt încorporaţi în structurile agricole pe scară mai mare – au niveluri înalte ale depresiei. Chiar şi în context tradiţional însă, depresia a fost masivă la inuiţi, iar rata sinuciderilor a fost mare – în unele zone, se sinucid circa 0,35 la sută din populaţie *pe an*.[253] Unii ar putea spune că acesta e felul lui Dumnezeu de a arăta că oamenii n-ar trebui să trăiască într-un loc atât de vitreg – cu toate acestea, inuiţii nu şi-au părăsit viaţa legată de gheaţă ca să migreze către sud. S-au deprins să îndure greutăţile vieţii de dincolo de Cercul Polar. Înainte de a mă duce acolo, presupuneam că principala problemă în Groenlanda era tulburarea afectivă legată de anotimp (*seasonal affective disorder* – SAD), depresia care rezultă dintr-o perioadă de trei luni în care soarele nu răsare niciodată. M-am aşteptat ca toată lumea să derapeze toamna şi să înceapă să se simtă mai bine în februarie. Nu aşa stau lucrurile. În Groenlanda, prima lună a sinuciderilor este mai, şi, cu toate că străinii care se mută în partea de nord a Groenlandei sunt teribil de deprimaţi în lungile perioade de întuneric, inuiţii s-au adaptat cu timpul modificărilor luminii în funcţie de anotimpuri şi, în general, sunt în stare să-şi păstreze dispoziţia adecvată în timpul perioadei de întuneric. Toată lumea iubeşte primăvara, iar unii socotesc că întunericul e sumbru; dar tulburarea afectivă legată de anotimp chiar nu este problema centrală a oamenilor din Groenlanda. „Cu cât natura devine mai bogată, mai blândă şi mai plăcută“, scria eseistul A. Alvarez, „cu atât pare mai profundă iarna lăuntrică, şi cu atât mai căscat şi mai greu de suportat e abisul ce desparte lumea lăuntrică de cea din afară.“[254] În Groenlanda, unde trecerea la primăvară este de două ori mai spectaculoasă decât într-o zonă mai temperată, acestea sunt lunile cele mai cumplite.

Viaţa e grea în Groenlanda, aşa încât guvernul danez a creat programe

formidabile în domeniul serviciilor de asistenţă socială, şi toată lumea se bucură gratuit de îngrijiri medicale şi educaţie, există chiar şi alocaţii pentru şomaj. Spitalele sunt curate lună, iar închisoarea din capitală arată mai degrabă ca o pensiune decât ca o instituţie de pedeapsă. Clima şi forţele naturii din Groenlanda sunt însă nemăsurat de aspre. Unul dintre inuiţii pe care i-am cunoscut, un bărbat care călătorise prin Europa, a spus: „Noi nu facem niciodată artă de nivel înalt şi nu construim clădiri mari, aşa cum au făcut alte civilizaţii. Dar, de mii de ani încoace, supravieţuim.“ M-a izbit faptul că aceasta se prea poate să fi fost o realizare mai mare. Vânătorii şi pescarii prind destulă pradă cât să se hrănească pe ei şi câinii lor, şi vând pieile focilor pe care le mănâncă, pentru a-şi acoperi micile cheltuieli necesare traiului şi reparării săniilor şi bărcilor. Cei mai mulţi dintre oamenii care trăiesc în apropierea vechilor drumuri din aşezări sau din sate sunt, cel mai adesea, afectuoşi; sunt mari povestitori, mai ales despre expediţii de vânătoare şi despre cum au scăpat ca prin urechile acului de la moarte; sunt toleranţi. Au un minunat simţ al umorului şi râd mult. Din cauza climei în care trăiesc, au o rată mare a traumelor – degerare, înfometare, răniri – şi a pierderilor. Acum patruzeci de ani, oamenii aceştia încă mai trăiau în igluuri, acum au case prefabricate în stil danez, cu numai două-trei încăperi. În fiecare an, timp de trei luni, soarele dispare cu totul. În această perioadă de întuneric, vânătorii îmbrăcaţi în pantaloni din blană de urs alb şi jachete din piei de focă trebuie să alerge în spatele săniilor lor trase de câini, ca să evite degerarea.

Familiile inuiţilor sunt mari. Luni în şir, familii chiar şi de douăsprezece persoane stau necontenit în casă, de obicei adunaţi într-o odaie. E pur şi simplu prea frig şi prea întuneric ca să iasă cineva, în afară de tată, care pleacă la vânătoare sau la pescuit la copcă o dată sau de două ori pe lună, ca să completeze rezervele de peşte uscat din timpul verii. În Groenlanda, nu există copaci, aşa încât în odaie nu ard focuri vesele; de fapt, în mod tradiţional n-ar fi fost decât o mică lampă cu grăsime de focă într-un iglu unde, aşa cum spunea un groenlandez pe care l-am cunoscut, „şedeam cu toţii luni întregi, uitându-ne cum se topesc pereţii“. În aceste condiţii de intimitate silită, nu e loc pentru plângeri, pentru discuţii despre probleme sau pentru supărare şi învinuiri. La inuiţi, protestele sunt pur şi simplu tabu. Ei sunt tăcuţi şi morocănoşi sau povestitori înclinaţi spre râs, sau vorbesc despre ce e pe afară şi despre vânătoare. Dar aproape niciodată nu vorbesc despre ei înşişi. Starea depresivă, concomitent cu isteria şi paranoia, sunt preţul plătit

pentru caracterul intens comunitar al vieţii inuiţilor.

Trăsăturile distinctive ale depresiei groenlandeze nu sunt rezultate nemijlocite ale temperaturii şi luminii; sunt consecinţa faptului că a vorbi despre tine însuţi e tabu. Intimitatea fizică extremă în această societate face necesară rezerva afectivă. Nu-i lipsă de bunătate; nu-i răceală; e, pur şi simplu, alt fel de a fi. Poul Bisgaard, un bărbat zdravăn şi blând, cu un aer de răbdare uimită, e primul groenlandez nativ care a devenit psihiatru. „Desigur, dacă cineva dintr-o familie e depresiv, vedem simptomele“, spune el. „În mod tradiţional însă, nu ne amestecăm. Ar însemna să răneşti mândria celui căruia i-ai spune că arată abătut. Omul deprimat crede că e fără valoare şi socoteşte că, dacă e fără valoare, n-are nici un rost să-i deranjeze pe ceilalţi. Cei din jurul lui nu-şi permit să se amestece.“ Kirsten Peilman, psiholog danez care a trăit în Groenlanda peste un deceniu, spunea: „N-au sens regulile care să includă amestecul în treburile altcuiva. Nimeni nu-i spune altcuiva să se poarte cum trebuie. Tolerezi pur şi simplu orice prezintă ceilalţi şi-i laşi să se tolereze singuri.“

M-am dus acolo în perioada de lumină. Nimic nu m-ar fi putut pregăti pentru frumuseţea Groenlandei în luna iunie, când soarele rămâne sus, deasupra capului, toată noaptea. Am fost duşi cu bărcuţa cu motor a unui pescar din oraşul Ilulissat, de cinci mii de locuitori, unde aterizasem într-un avion mic, înspre sud, către una dintre aşezările pe care le alesesem în urma consultării cu şeful serviciilor de sănătate publică ale Groenlandei. Se numeşte Illiminaq, e locuit de vânători şi pescari şi are, în total, vreo optzeci şi cinci de adulţi. Nu există drumuri care duc la Illiminaq şi nu există drumuri în Illiminaq. Iarna, sătenii călătoresc peste gheaţă în sănii trase de câini; vara, se poate ajunge acolo doar cu barca. Primăvara şi toamna, oamenii stau acasă. Când m-am dus eu, aisberguri fantastice, unele mari cât blocurile de birouri, pluteau în josul coastei, îngrămădindu-se lângă fiordul de gheaţă Kangerlussuaq. Am traversat intrarea fiordului, navigând printre bucăţi netede, alungite, de gheaţă veche, care se răsturnaseră cu susul în jos, şi frânturi de gheţar, mari cât blocurile de apartamente, erodate de vreme şi de un albastru ciudat – barca noastră arătând umilă în faţa acestei măreţii a naturii. În vreme ce înaintam, împingeam uşurel aisbergurile mai mici, dintre care erau unele mari cât nişte frigidere; altele erau ca nişte farfurii plutitoare, ce umpleau apa limpede în aşa fel, încât, dacă priveai departe, în zare, puteai să crezi că pluteşti printre plăci de gheaţă întregi. Lumina era atât de limpede, încât nu părea să existe adâncime a câmpului vederii, şi nu puteam desluşi ce

era aproape şi ce era departe. Ne aţineam pe lângă ţărm, dar eu nu deosebeam pământul de mare, şi, de cele mai multe ori, treceam prin canioanele formate între munţii de gheaţă. Apa era atât de rece, încât, când o bucată de gheaţă se desprindea de pe marginea unui aisberg şi cădea, ea se adâncea în apă ca într-o cremă, a cărei netezime se refăcea încetişor, abia după câteva secunde măsurabile după impact. Din când în când, vedeam sau auzeam câte o focă plonjând cu un plescăit în apa rece. În rest eram singuri cu lumina şi gheaţa.

Illiminaq este aşezat lângă un mic golf natural. Există acolo vreo treizeci de case, o şcoală, o bisericuţă şi un magazin, aprovizionat cam o dată pe săptămână. Fiecare casă are un atelaj de câini, care depăşesc cu mult numărul oamenilor care locuiesc acolo. Casele sunt zugrăvite în culorile vii, deschise, pentru care localnicii au un cult – turcoaz, galben deschis, roz pal –, dar de-abia se zăresc pe stâncile imense care se înalţă în spatele lor sau pe marea albă care se întinde în faţa lor. E greu de imaginat un loc mai izolat decât Illiminaq. Satul are totuşi linie telefonică, şi guvernul danez plăteşte elicoptere care iau localnicii în caz de urgenţe medicale, dacă vremea permite aterizarea. Nimeni nu are apă curentă sau toaletă cu apă, dar există un generator, aşa încât unele case şi şcoala au curent electric, şi câteva au televizor. Fiecare casă are o privelişte neînchipuit de frumoasă; la miezul nopţii, când soarele era sus, pe cer, şi localnicii dormeau, mă plimbam printre casele tăcute şi câinii adormiţi, ca şi cum aş fi fost într-un vis.

Cu o săptămână înainte de venirea mea, fusese pusă în faţa magazinului o înştiinţare, în căutare de voluntari care să discute cu mine despre stările lor sufleteşti. Translatorul meu – o femeie inuit vioaie, cultivată, activistă, în care oamenii din Illiminaq aveau încredere – fusese de acord, călcându-şi pe inimă, să încerce să mă ajute să conving localnicii cu comportament rezervat să vorbească despre sentimente. Am fost abordaţi, destul de timid, a doua zi de la sosire. Da, şi ei aveau unele poveşti de spus. Da, se hotărâseră să mi le spună mie. Da, era mai uşor de vorbit despre astfel de lucruri cu un străin. Da, trebuie să vorbesc cu cele trei femei înţelepte – cele care au pornit toată chestia asta cu vorbitul despre sentimente. Din experienţa mea, inuiţii sunt oameni binevoitori, şi erau dornici să ajute, chiar dacă acest ajutor implica o locvacitate oarecum străină felului lor obişnuit de a fi. Datorită faptului că li se spuseseră lucruri bune despre mine înainte să ajung, şi datorită pescarului care mă adusese cu barca, şi datorită translatoarei mele, m-au primit în comunitatea lor restrânsă, în vreme ce mă tratau cu politeţea cuvenită străinilor.

„Să nu pui întrebări directe“, a fost sfatul medicului danez care se ocupă de districtul în care se află Illiminaq. „Dacă-i întrebi cum se simt, nu vor fi în stare să-ţi spună nimic.“ Cu toate acestea, sătenii ştiau ce vreau să aflu. De obicei, nu dădeau răspunsuri mai lungi de câteva cuvinte, şi trebuia ca întrebările să fie cât mai concrete posibil, dar, chiar dacă simţămintele nu le erau disponibile pe plan lingvistic, era clar că sunt prezente pe plan conceptual. Trauma este o prezenţă regulată în viaţa locuitorilor Groenlandei; anxietatea după traumă nu era neobişnuită; cum nu erau nici coborârea în sentimentele întunecate şi îndoiala de sine. Bătrâni pescari din port mi-au povestit cum li s-au scufundat săniile (o echipă de câini bine antrenată te poate scoate la suprafaţă, dacă gheaţa nu se sparge mai departe, dacă nu te îneci până atunci, dacă nu se rup hăţurile) şi cum au fost siliţi să umble kilometri întregi la temperaturi sub zero grade în haine ude; au vorbit despre vânătoare când gheaţa se mişcă, şi zgomotul tunător te împiedică să auzi glasul altui om, şi simţi că eşti săltat când o bucată de gheţar îşi schimbă poziţia, şi nu ştii dacă n-o să se răstoarne curând, azvârlindu-te în mare. Şi au vorbit despre faptul că, după astfel de experienţe, e greu să continui, să lupţi cu gheaţa şi întunericul pentru hrana zilei de mâine.

Ne-am dus să le vedem pe cele trei femei în vârstă. Fiecare dintre ele suferise îngrozitor. Amalia Joelson, moaşa, era cea mai apropiată de statutul de medic al localităţii. Într-un an, a născut un prunc mort; în anul următor, a născut un copil care a murit după o noapte. Soţul ei, nebun de durere, a acuzat-o că a omorât copilul. Ea însăşi nu putea să suporte, în acel moment, gândul că poate să ajute la venirea pe lume a copilului vecinilor ei, dar ea nu poate avea copii. Karen Johansen, soţia unui pescar, şi-a părăsit oraşul natal, ca să vină în Illiminaq. La puţin timp după aceea, i-au murit, unul după altul, mama, bunicul şi sora mai mare. Apoi, soţia fratelui ei a rămas însărcinată, şi avea gemeni. Primul geamăn s-a născut mort, la cinci luni. Al doilea s-a născut sănătos, dar a murit la trei luni de sindromul morţii subite la sugari. Fratelui ei i-a mai rămas un copil, o fetiţă de şase ani, şi, când copila s-a înecat, el s-a spânzurat. Amelia Lange era cea care oficia în biserică. Se măritase cu un vânător tânăr, înalt şi a adus pe lume rapid opt copii. Apoi, el a avut un accident de vânătoare; un glonţ a ricoşat dintr-o piatră şi i-a rupt de la jumătate braţul drept, între cot şi încheietura mâinii. Osul nu s-a mai vindecat, iar, când dădeai mâna cu el, linia de ruptură se îndoia ca o articulaţie în plus. Şi-a pierdut uzul braţului drept. După câţiva ani, a ieşit din casă în timpul unei furtuni şi vântul puternic l-a luat pe sus. Fără braţul care

să amortizeze căderea, şi-a rupt gâtul şi, de atunci, e, în mare parte, paralizat de la cap în jos. Soţia a trebuit să-l îngrijească şi să-l poarte prin casă în scaunul cu rotile, să vadă de copii şi să se ducă la vânătoare. „Făceam treburile de pe afară şi, în tot timpul ăsta, plângeam“, îşi aminteşte ea. Când am întrebat-o dacă n-a venit nimeni la ea când a văzut-o că munceşte plângând, a spus: „Nu s-au amestecat câtă vreme eram în stare să fac acele treburi.“ Soţul simţea că e o povară atât de mare pentru ea, încât n-a mai mâncat, nădăjduind să moară de foame, dar ea a văzut ce are de gând să facă, iar acest fapt a făcut-o să rupă tăcerea şi să-l implore să trăiască.

„Da, e adevărat“, a zis Karen Johansen. „Noi, groenlandezii, suntem prea retraşi ca să fim intimi. Şi ducem cu toţii aici multe poveri, dar nimeni dintre noi nu vrea să adauge propria povară la poverile altora.“ Exploratorii danezi de la începutul şi de la mijlocul secolului al XX-lea au găsit la inuiţi trei boli mintale principale, descrise de inuiţii înşişi ca „timp petrecut în afara minţii“. În prezent, ele nu mai există, în afara unor localităţi foarte izolate. „Isteria polară“[255] a fost descrisă de un bărbat care a suferit de ea drept „urcare a sevei, a sângelui tânăr hrănit de sângele morselor, focilor şi balenelor – tristeţea pune stăpânire pe tine. La început, eşti agitat. Înseamnă să fii sătul de viaţă.“ O formă modificată a ei există şi în zilele noastre, ceea ce numim depresie activată sau stare eterogenă; e strâns înrudită cu ideea malaysiană de „amoc“. „Sindromul rătăcitorului prin munţi“ îi afecta pe cei care întorceau spatele comunităţii şi plecau – mai demult, nu li se mai îngăduia să se întoarcă şi erau siliţi să se descurce în singurătate absolută până la sfârşitul vieţii. „Anxietatea caiacului“: convingerea, contrară realităţii, că ai apă în caiac, că o să te scufunzi şi că o să te îneci era cea mai obişnuită formă de paranoia. Cu toate că aceşti termeni sunt folosiţi acum mai ales în context istoric, evocă încă unele dintre conflictele din viaţa inuiţilor. În Umanaaq, după spusele lui René Birger Christiansen, şeful serviciilor de sănătate din Groenlanda, au existat recent oameni care s-au plâns că au apă sub piele. Exploratorul Jean Malaurie scria în anii ’50: „Există adesea o contradicţie dramatică între temperamentul fundamental individualist al eschimosului şi credinţa sa conştientă că singurătatea e sinonimă cu nefericirea. Dacă este abandonat de semenii lui, e copleşit de depresia care-l pândeşte tot timpul. Să fie oare viaţa în comun prea greu de suportat? O reţea de obligaţii leagă o persoană de alta şi face din eschimos un prizonier benevol.“[256]

Fiecare dintre acele femei vârstnice din Illiminaq îşi purtase multă vreme durerea în tăcere. Karen Johansen a spus: „La început, am încercat să le spun

altor femei ce simţeam, dar pur şi simplu nu m-au băgat în seamă. Nu voiau să vorbească despre lucrurile rele. Şi nu ştiau cum să poarte o astfel de conversaţie; nu mai auziseră pe nimeni vorbind despre problemele sale. Până la moartea fratelui meu, şi eu mă mândream că nu sunt un nor pe cerul altor oameni. Dar, după şocul sinuciderii lui, trebuia să vorbesc. Oamenilor nu le plăcea asta. La noi, e o necuviinţă să-i spui cuiva, chiar şi unui prieten: «Îmi pare rău de necazurile tale.»“ Îşi descrie soţul ca „om al tăcerii“, cu care a izbutit, în cele din urmă, să găsească o cale ca să i se plângă, în vreme ce el asculta, fără ca vreunul dintre ei să rostească acele vorbe care-i erau lui atât de străine.

Fiecare dintre aceste trei femei a fost atrasă de greutăţile celorlalte şi, după mulţi ani, au vorbit între ele despre profunzimea angoasei lor, despre singurătatea lor, despre toate sentimentele lor. Amalia Joelson făcuse la spitalul din Ilulissat pregătirea de moaşă, şi acolo a aflat despre terapiile conversaţionale. Conversaţiile cu celelalte două femei îi aduceau alinare, şi le-a propus un plan. Era un plan nou pentru acea societate. Într-o duminică, în biserică, Amelia Lange a anunţat că alcătuiseră un grup şi că invită pe oricine doreşte să vorbească despre situaţii dificile să vină la ele, separat sau mai mulţi la un loc. A propus să folosească sala de consultaţii din casa Amaliei Joelson. Amelia Lange a promis că aceste întâlniri aveau să rămână cu totul confidenţiale. A spus: „Nimeni dintre noi nu trebuie să fie singur.“

În anul următor, toate femeile din sat, pe rând, fără să ştie câte altele au acceptat oferta, au venit la ele. Femei care nu le spuseseră niciodată soţilor sau copiilor ce e în sufletul lor au venit şi au plâns în sala de consultaţii a moaşei. Şi aşa a început această nouă tradiţie, a deschiderii. Au venit şi câţiva bărbaţi, deşi concepţia bărbaţilor despre dârzenie îi făcea să se ţină deoparte, cel puţin la început. Am petrecut ore întregi în casa fiecăreia dintre aceste trei femei. Amelia Lange a spus că a fost o mare revelaţie pentru ea să vadă cum oamenii erau „dezlegaţi“ după ce vorbeau cu ea. Karen Johansen m-a invitat să-i cunosc familia şi mi-a dat o farfurie cu supă de carne proaspătă de balenă, despre care a spus că e adesea cel mai bun răspuns la problemele cuiva, şi mi-a spus că a găsit adevăratul tratament pentru tristeţe, care este să ţi se povestească despre tristeţea altora. „Nu fac asta doar pentru cei care-mi vorbesc“, a spus ea, „ci şi pentru mine.“ În casele şi în intimitatea lor, oamenii din Illiminaq nu vorbesc unii despre alţii. Dar se adresează celor mai vârstnici şi capătă de la ei tărie. „Ştiu că am împiedicat multe sinucideri“, a spus Karen Johansen. „Mă bucur că am putut vorbi cu ei la timp.“ Problema

confidenţialităţii a fost de maximă importanţă; există multe ierarhii în aşezările mici, şi ele nu pot fi perturbate fără să se creeze probleme mult mai mari decât cea a tăcerii. „Mă întâlnesc cu oamenii care mi-au spus despre problemele lor şi niciodată nu se întâmplă să aduc în discuţie acele probleme ori să mă interesez în alt fel despre sănătatea cuiva“, a spus Amalia Joelson. „Dacă o persoană pe care o întreb politicos: «Ce mai faci?» începe să plângă, doar atunci o aduc acasă la mine.“

Ideea de terapii conversaţionale e discutată în mod obişnuit în Occident, cu toate că a fost introdusă de psihanalişti. Depresia este o boală a însingurării, şi oricine a suferit o formă majoră a ei ştie că impune o izolare îngrozitoare, chiar şi celor înconjuraţi de iubire – în acest caz, o izolare provocată de aglomerare. Cele trei femei vârstnice din Illiminaq au descoperit minunea eliberării de povară şi a ajutării celorlalţi să se elibereze şi ei. În diferite culturi, durerea se exprimă în mod diferit, şi membrii diferitelor culturi simt feluri diferite de durere, dar natura însingurării poate lua un număr infinit de forme.

Cele trei femei vârstnice au vrut să ştie şi despre depresia mea, şi, în vreme ce şedeam în casele lor şi mâncam cod uscat învelit în grăsime de focă, le-am simţit cum întind o punte de la experienţa lor la a mea. Când am plecat din aşezare, translatoarea mea a spus că a fost experienţa cea mai epuizantă din viaţa ei, dar a spus-o strălucind de mândrie. „Noi, inuiţii, suntem oameni puternici“, a zis. „Dacă nu ne-am rezolva toate problemele, am muri aici. Aşa că am găsit o cale de a rezolva şi problema asta, depresia asta.“ Sara Lynge, o groenlandeză care a creat într-un oraş mare o linie telefonică pentru cei care intenţionează să se sinucidă, a spus: „În primul rând, oamenii trebuie să vadă ce uşor e să vorbeşti cu cineva, şi apoi cât de bine te simţi. Ei n-o ştiu. Noi, cei care am descoperit asta, trebuie să facem tot ce ne stă în puteri ca să răspândim vestea.“

Când te confrunţi cu lumi în care adversitatea este norma, vezi cum se modifică hotarele dintre gândul corect că viaţa e grea şi starea de depresie. Viaţa inuiţilor e grea – nu înjositoare pe plan moral ca aceea din lagărele de concentrare şi nu goală pe plan afectiv, asemenea celei din marile oraşe, ci neîncetat trudnică şi fără răsfăţurile materiale zilnice pe care cei mai mulţi dintre occidentali le consideră cuvenite. Până foarte de curând, inuiţii nu-şi puteau îngădui nici măcar luxul de a vorbi despre problemele lor: trebuia să-şi înăbuşe toate emoţiile negative, pentru că altfel acestea ar fi dus de râpă întreaga societate. Familiile pe care le-am vizitat în Illiminaq şi-au croit

drumul prin greutăţi, respectând pactul tăcerii. A fost un sistem eficient, dacă ne gândim la scopul său, şi a ajutat mulţi oameni să iasă cu bine din numeroasele ierni geroase. Noi, occidentalii moderni, credem că problemele se rezolvă cel mai bine când sunt scoase din întuneric, şi povestea celor întâmplate în Illiminaq susţine această teorie; însă formularea problemelor este limitată din punctul de vedere al scopului şi amplasamentului. Să ne amintim că nici una dintre persoanele depresive din aşezare n-a vorbit despre problemele sale dimpreună cu motivele acelor probleme, şi n-a discutat în mod regulat despre greutăţile sale cu cele trei femei vârstnice. Se spune adesea că depresia este un lucru căruia, într-o societate dezvoltată, îi cade pradă clasa celor inactivi; este, de fapt, un lucru despre care o anumită clasă îşi permite luxul să vorbească şi să-l trateze. La inuiţi, depresia e cu totul secundară pe scara lucrurilor şi atât de evident face parte din viaţa tuturor, încât, în afară de cazurile de boli vegetative, pur şi simplu o ignoră. Între tăcerea lor şi conştiinţa noastră de sine despre care vorbim mult există o mulţime de modalităţi de a vorbi despre suferinţa psihică, de a cunoaşte acea suferinţă. Contextul, rasa, sexul, tradiţia, naţiunea – toate conspiră la stabilirea lucrurilor care trebuie spuse şi a celor care trebuie să fie trecute sub tăcere şi, într-o anumită măsură, determină astfel ceea ce va fi uşurat, ceea ce va fi agravat, ceea ce va fi răbdat, ceea ce va fi negat. Depresia – urgenţele ei, simptomele şi felul de a ieşi din ea – este determinată în întregime de forţe cu totul exterioare biochimiei noastre individuale: cine suntem, unde ne-am născut, ce credem şi cum trăim.

Note

163. Faptul că suferă de depresie de două ori mai multe femei decât bărbaţi e reluat în întreaga literatură generală. O statistică comparativă la nivel internaţional în sprijinul acestei afirmaţii a fost făcută şi publicată de Myrna Weissman, de la Universitatea Columbia, sub titlul Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder, în Journal of the American Medical Association 276, nr. 4 (1996).

164. Faptul că diferenţele în privinţa depresiei încep la pubertate este o idee foarte răspândită, care predomină în cea mai mare parte a literaturii pe această temă. V. Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression.

165. În vreme ce argumentele despre componentele biologice ale depresiei la femei sunt neconcludente, este incontestabil că efectele asupra dispoziţiei rezultă din fluctuaţiile estrogenului şi progesteronului în sistemele hormonale hipotalamic şi pituitar. O discutare a acestor fenomene se găseşte în Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, pp. 64–76.

166. Statisticile despre sinucidere în rândul femeilor însărcinate sau lăuze sunt din E. Clare Harris şi Brian Barraclough, „Suicide as an Outcome for Medical Disorders“, Medicine 73 (1994).

167. Această cifră despre depresia post-partum reflectă un set extrem de variat de statistici despre această chestiune. Două probleme împiedică obţinerea unei cifre exacte. Prima este faptul că măsura rigurozităţii cu care este definită depresia post-partum afectează în mod radical frecvenţa ei aparentă. A

doua este faptul că multe simptome care seamănă cu cele găsite în depresie pot, de fapt, să apară ca repercusiuni fiziologice ale naşterii. Susan Nolen-Hoeksema scrie despre un studiu în care „procentele aparent înalte ale depresiei la lăuze rezultau din identificarea durerilor şi problemelor legate de somn care însoţesc sarcina şi venirea pe lume a copilului, nu din prezenţa gamei complete a simptomelor depresiei“. Şi continuă: „Estimarea predominării depresiei nonpsihotice la femei în perioada post-partum este de la 3 la 33 la sută.“ Ea oferă o medie de 8,2 la sută. Aceste citate sunt din cartea Sex Differences in Depression, pp. 62–65. Verta Taylor, în cartea sa despre depresia post-partum, intitulată Rock-A-By Baby, raportează că 10–26 la sută dintre lăuze au această afecţiune.

168. Statisticile legate de depresia post-partum majoră şi uşoară sunt luate din Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, pp. 62–64. Depresia de la menopauză e descrisă la pp. 70–71.

169. Statistica despre procentele de sinteză a serotoninei se găseşte în Simeon Margolis şi Karen L. Swartz, Sex Differences in Brain Serotonin Production, în The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety, 1998, p. 14.

170. Chestiunea lipsei de emancipare ca sursă a depresiei la femei e discutată amplu în multe cărţi şi articole, printre care se numără Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, Jill Astbury, Crazy for You şi Dana Crowley Jack, Silencing the Self.

171. Statisticile despre depresia post-partum la femeile stresate sunt din Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, p. 68. Citatul este de la pp. 60–61.

172. Despre paritatea ratelor de depresie la studente şi studenţi, precum şi explicaţiile propuse: ibid., pp. 26–28.

173. Statisticile generale despre ratele de depresie comparative la bărbaţi şi la femei sunt din Myrna Weissman, Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder, în Journal of American Medical Association 276, nr. 4 (1996), pe baza studiilor sale epidemiologice (v. supra, nota 1, p. 210). Faptul că la femei sunt mai mari procentele de atacuri de panică şi de tulburări de alimentaţie, în vreme ce la bărbaţi apar mai frecvent autismul, sindromul deficitului de atenţie şi hiperactivitate şi alcoolismul a fost discutat în corespondenţa personală cu Steven Hyman.

174. Informaţiile despre natura lipsei de emancipare a femeilor nu sunt luate literal din vreo sursă. Numeroşi autori au descris şi au explicat aceste fenomene în feluri diferite. Lista mea nu intenţionează să fie nici definitivă, nici exhaustivă. Cititorilor care doresc explicarea mai amănunţită a acestor idei le recomand Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, Jill Astbury, Crazy for You şi Dana Crowley Jack, Silencing the Self.

175. Cele două explicaţii feministe ale depresiei, precum şi diversele expuneri sumare privind legătura dintre depresie şi statutul marital se găsesc în Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression, pp. 96–101.

176. Şi profesorul George Brown a elaborat multe lucrări interesante despre „rolul schimbărilor din viaţă în apariţia tulburărilor depresive“. Din diferite studii făcute de el şi colegii săi, a reieşit faptul că umilirea şi senzaţia de a fi prins în capcană sunt factorii-cheie descriptivi ai evenimentelor depresogene pentru femei. V. Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and non-patient comparison, în Psychological Medicine 25 (1995). Rezultatele obţinute de alţi oameni de ştiinţă despre importanţa rolurilor în definirea depresiei sunt raportate în numeroase articole. Faptul că grija unei femei pentru copilul său ar trebui să fie pentru ea un eveniment depresogen tipic este compatibil cu rolurile tradiţionale ale sexelor. Cu toate acestea, într-un articol se afirmă: „Atunci când, în realitate, bărbatul s-a implicat în mod semnificativ în rolurile domestice, n-a apărut această diferenţă legată de sex la declanşarea [afecţiunii].“ Găsiţi mai multe informaţii despre acest subiect în J.Y. Nazroo et al., Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples, în Psychological Medicine 27 (1997), p. 9.

177. Am preluat teoriile evoluţioniste ale lui Myrna Weissman despre depresie şi femei dintr-un interviu oral.

178. Informaţia despre depresia în rândurile adulţilor care au suferit în copilărie abuzuri sexuale este

preluată din Gemma Gladstone et al., Characteristics of depresseed patients who report childhood sexual abuse, în American Journal of Psychiatry 156, nr. 3 (1999), pp. 431–437.

179. Găsiţi informaţii despre legătura dintre anorexie şi depresie în Christine Pollice et al., Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa, în International Journal of Eating Disorders 21 (1997), şi Kenneth Altschuler et al., Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View, în American Journal of Psychiatry 142, nr. 3 (1985).

180. Descrierea făcută de S. Freud Dorei apare în eseul Fragment of an Analysis of a Case of Hysteria din vol. 7 al The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud. Găsiţi o discutare feministă a Dorei în Jill Astbury, Crazy for You.

181. Găsiţi o discutare a ideilor despre feminitate şi depresie în Susan Nolen-Hoeksema, Sex Differences in Depression. Găsiţi o discutare a aşteptărilor maternităţii şi a depresiei post-partum în Verta Taylor, Rock-A-By Baby.

182. Citatele din Dana Crowley Jack sunt din cartea sa Silencing the Self, pp. 35–38.

183. Analiza făcută de Jill Astbury se află în cartea sa Crazy for You. Citatul este de la pp. 2–3.

184. Rata comparativă a sinuciderilor la bărbaţi şi la femei este din Eric Marcus, Why Suicide?, în care afirmă: „Dintre cele circa treizeci de mii de persoane care-şi iau în fiecare an viaţa, douăzeci şi patru de mii sunt bărbaţi şi şase mii sunt femei“, p. 15.

185. Discuţia despre ratele depresiei la bărbaţii celibatari, divorţaţi sau văduvi se găseşte în Myrna Weissman, Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder, în Journal of American Medical Association 276, nr. 4 (1996).

186. Statisticile despre depresia în rândurile bărbaţilor evrei se găsesc în Bruce Bower, Depression: Rates in women, men […] and stress effects across the sexes, în Science News, 3 iunie 1995, p. 346.

187. Particularităţile copiilor cu mamă depresivă sunt prezentate în Marian Radke- Yarrow et al., Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children, în Journal of Abnormal Child Psychology 21, nr. 6 (1993). cf., de asemenea, propunerea de grant NIMH a lui Anne Riley, intitulată „Effects on children of treating maternal depression“, p. 32.

188. În Bruce Bower, Depressive aftermath for new mothers, în Science News, 25 august 1990, sunt raportate o serie de studii în care s-a constatat depresie la sugari încă de la vârsta de trei luni.

189. Efectele depresiei mamei asupra copilului apar nemijlocit şi sunt grave. Tiffany Field, expertă în acest domeniu, care publică de peste două decenii, scrie despre o depresie „aproape“ neonatală: „Sugarii prezintă «dereglare» în comportament, fiziologie şi biochimie, care derivă probabil din expunerea prenatală la un dezechilibru biochimic al mamei“, p. 200. cf. Tiffany Field, Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions, în Preventive Medicine 27 (1998). Din păcate, aceste efecte maligne par să persiste. Nancy Aaron Jones et al., în EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers, în Child Psychiatry and Human Development 28, nr. 2 (1998), descrie un studiu în care copii ai unor mame depresive au fost observaţi de la vârsta de trei luni până la trei ani. Şapte dintre cei opt copii la care s-a constatat asimetrie EEG când erau sugari aveau acest tipar de dereglare şi la trei ani. Totuşi, unele studii au arătat, de asemenea, că până şi cea mai elementară atenţie şi interacţiune din partea mamei poate să reducă mult această problemă. Martha Peláez-Noguers et al., în Depressed Mothers “Touching Increases Infants” Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction, în Child Development 67 (1996), susţine că interacţiunea calmă şi apropiată prin care o mamă îşi atinge sugarul poate să aibă efecte pozitive extreme asupra dispoziţiei şi sociabilităţii sugarului. Alte studii, cum ar fi Sybil Hart et al., Depressed Mothers’ Neonates Improve Following the MABI and Brazelton Demonstration, în Journal of Pediatric Psychology 23, nr. 6 (1998), şi Tiffany Field et al., Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants, în Pediatrics 69, nr. 6 (1982), demonstrează că educaţia părinţilor poate să amelioreze o mare parte din vătămarea produsă de depresia maternă.

190. Studiul despre copiii cu mame depresive la aproape un an de la ameliorarea stării mamelor este Catherine Lee şi Ian Gotlib, Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up, în Journal of Abnormal Psychology 100, nr. 4 (1991).

191. Informaţia despre evaluarea, făcută la zece ani de la evaluarea iniţială, a perturbărilor sociale, a

depresiei, a atacurilor de panică şi a dependenţei de alcool este din Myrna Weissman, Offspring of Depressed Parents, în Archives of General Psychiatry 54 (1997).

192. Compararea dintre copiii cu mamă depresivă şi copiii cu mamă schizofrenică este din propunerea de grant NIMH a lui Anne Riley, intitulată „Effects on children of treating maternal depression“, p. 32.

193. Chestiunile legate de sindromul deficitului de atenţie, anxietatea despărţirii şi tulburările de comportament şi nivelul înalt al problemelor somatice sunt descrise în eseul lui Leonard Milling şi Barbara Martin Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children, din Walker şi Roberts, Handbook of Clinical Child Psychology, pp. 319–339. cf., de asemenea, monografia scrisă de dr. David Fassler şi Lynne Dumas despre depresia din perioada copilăriei, intitulată Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating and Preventing Childhood Depression.

194. Textul lui A. Sameroff despre copii de doi-patru ani cu mamă depresivă este în Sameroff et al., Early development of children at risk for emotional disorder, în Monographs of the Society for Research in Child Development 47, nr. 7 (1982).

195. Studiul despre hipertensiune este în A.C. Guyton et al., Circulation: Overall regulation, în Annual Review of Physiology 34 (1972), J.M. Luck şi V.E. Hall (coord.). Informaţia citată aici este din tabelul de la p. 12.

196. Depresia anaclitică e descrisă de René Spitz, Anaclitic Depression, în Psychoanalitic Study of the Child 2 (1946). Un exemplu de caz găsiţi în René Spitz et al., Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution, în Journal of the American Academy of Child Psychiatry 4, nr. 4 (1965).

197. Descrierea „lipsei unei sănătăţi înfloritoare“ este preluată din interviurile orale cu Paramjit T. Joshi de la Johns Hopkins şi cu Deborah Christie de la Adolescent Medical Unit din University College London şi Middlesex Hospital.

198. Studiul din care a reieşit statistica de 1 la sută este E. Poznanski et al., Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children, în Archives of General Psychiatry 23 (1970). Studiul în care apar 60 la sută este T.A. Petti, Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression, în Journal of the American Academy of Child Psychiatry 22 (1978).

199. Cifrele despre sinuciderile la copii sunt luate din eseul lui Leonard Milling şi Barbara Martin Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children, din Walker şi Roberts, Handbook of Clinical Child Psychology, p. 328. Conform statisticilor din 1997 de pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), sinuciderea a fost pe locul trei între cauzele de deces la copiii de la zece la paisprezece ani.

200. Depresia de pe parcursul vieţii la persoanele care au fost depresive în copilărie e descrisă în Myrna Weissman et al., Depressed Adolescents Grown Up, în Journal of American Medical Association 281, nr. 18 (1999), pp. 1707–1713.

201. De-abia în activitatea postfreudiană s-au pus, în sfârşit, multe dintre întrebările despre depresia din copilărie. Depresia din copilărie este în prezent bine documentată ca realitate clinică, dar cifrele par să crească brusc în timpul adolescenţei. Myrna Weissman et al. scriu în articolul Depressed Adolescents Grown Up, în Journal of American Medical Association 281, nr. 18 (1999): „Acum este limpede că adesea depresia majoră începe în adolescenţă“. Faptul că aproximativ 5 la sută dintre adolescenţi suferă de depresie este o statistică citată frecvent; am preluat-o din Patricia Meisol, The Dark Cloud, publicat în The Sun, 1 mai 1999.

202. Recomand călduros filmul video Day for Night; Recognizing Teenage Depression, produs de Depression and Related Affective Disorders Association (DRADA), în cooperare cu Johns Hopkins University School of Medicine. Este o înregistrare elocventă şi încurajatoare a tipurilor de depresie care îi afectează în prezent pe tineri.

203. Faptul că părinţii subestimează depresia copiilor lor poate fi dedus din mai multe studii şi statistici. O astfel de statistică, din Howard Chua-Eoan, How to Spot a Troubled Kid, Time 153, nr. 21 (1999), este că „la 57 la sută dintre adolescenţii care au încercat să se sinucidă s-a depistat o depresie

majoră. Dar numai 13 la sută dintre părinţii sinucigaşilor au crezut că propriul copil este depresiv“, pp. 46–47.

204. Statistica sinuciderilor în rândurile elevilor de liceu este din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 39.

205. Munca de pionierat făcută de Myrna Weissman şi alţii a început să arunce lumină asupra realităţii clinice a depresiei din copilărie şi adolescenţă. Mulţi cercetători încep să ia în considerare efectele pe termen lung ale diagnosticării timpurii. În articolul Depressed Adolescents Grown Up, la care este coautor Myrna Weissman, publicat în Journal of American Medical Association 281, nr. 18 (1999), scrie: „Rezultatele principale sunt efectul vătămător al apariţiei în adolescenţă a depresiei majore, precum şi continuitatea şi specificitatea depresiei majore care apare atunci şi continuă în perioada adultă“, p. 1171.

206. Deînmulţitul corelaţiei dintre depresia la începutul vieţii şi depresia în perioada adultă e luată din eseul lui Eric Frombonne Depressive Disorders: Time Trends and Possible Explanatory Mechanisms, publicat în Psychosocial Disorders in Young People, Michael Rutter şi David J. Smith (coord.), p. 573.

207. Cifra de 70 la sută este din eseul lui Leonard Milling şi Barbara Martin Depression and Suicidal Behavior in Preadolescent Children, din Walker şi Roberts, Handbook of Clinical Child Psychology, p. 325.

208. Faptul că triciclicele nu sunt eficiente la copii şi adolescenţi este raportat în N. D. Ryan et al., Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response, în Acta Psychiatrica Scandinavica 73 (1986). Există mai puţine studii despre inhibitorii de monoaminooxidază în depresia la copii şi adolescenţi, în mare parte din cauză că, aşa cum scriu Christopher Kye şi Neal Ryan în Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression, în Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 4, nr. 2 (1994), aceste medicamente „necesită o receptivitate deosebit de mare faţă de gradul de impulsivitate, de supunere şi de maturitate al adolescentului depresiv“, p. 276. Ideea generală susţinută de cei mai mulţi dintre medici în prezent este rezumată concludent de Paul Ambrosini, A review of the pharmacotherapy of major depression in children and adolescents, în Psychiatric Services 51, nr. 5 (2000). El scrie că studiile de până acum „ar putea sugera că tulburările afective ale copiilor şi adolescenţilor reprezintă o entitate biologică distinctă, care are un tipar diferit de reacţie la farmacoterapie“, p. 632.

209. Ideea că abuzul sexual provoacă depresie este discutată în Jill Astbury, Crazy for You, pp. 159–191. Gemma Gladstone et al., Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse, în American Journal of Psychiatry 156, nr. 3 (1999), pp. 431–437, consideră că abuzul sexual este cauză indirectă a depresiei.

210. Povestea adopţiei din orfelinatul rusesc a fost spusă în Margaret Talbot, Attachment Theory: The Ultimate Experiment, în New York Times Magazine, 24 mai 1998.

211. Faptul că persoanele vârstnice depresive sunt tratate insuficient este indicat de mai multe articole şi studii, atât academice, cât şi populare. Sara Rimser cercetează diferitele cauze şi consecinţe în Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly, în New York Times, 5 septembrie 1999. În articol, sunt citate cuvintele dr. Ira Katz, directorul Secţiei de psihiatrie geriatrică de la Facultatea de Medicină a Universităţii din Pennsylvania: „Mai mult de unul din şase pacienţi vârstnici care se duc la cabinetul medicului generalist au un grad de depresie semnificativ din punct de vedere clinic, dar numai unul din şase dintre aceştia primeşte tratamentul adecvat.“ În George Zubenko et al., Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment of Major Depression in Late Life and Prediction of Response, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994), se explică: „S-a observat că identificarea depresiei majore la vârstnici este obstrucţionată deoarece dispoziţia depresivă pare mai puţin evidentă la pacienţii vârstnici decât la adulţii mai tineri. În plus, povara din ce în ce mai mare a problemelor fizice odată cu înaintarea în vârstă complică diagnosticarea diferenţială a depresiei majore la vârstnici, în special când se face o evaluare transversală.“

212. Comentariile lui Emil Kraepelin despre vârstnicii depresivi sunt în C.G. Gottfries et al.,

Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

213. Despre ideea că la vârstnicii din casele de bătrâni probabilitatea să fie depresivi este de două ori mai mare decât la cei care trăiesc în comunitatea lor: ibid.

214. Despre sugestia că o treime dintre cei din casele de bătrâni sunt depresivi: ibid.

215. Despre dimensiunile sociale ale depresiei la vârstnici şi importanţa de a avea un prieten bun, v. Judith Hays et al., Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly, în Journal of Gerontology 53B, nr. 1 (1998).

216. Faptul că nivelurile neurotransmiţătorilor sunt scăzute la vârstnici este confirmat în C.G. Gottfries et al., Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

217. Pentru nivelurile comparative ale serotoninei la persoanele foarte bătrâne: ibid.

218. Ideea că reducerea serotoninei prin îmbătrânirea firească nu are obligatoriu consecinţe rele nemijlocite este propusă în câteva studii. În B.A. Lawlor et al., Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects, în Psychiatry Research 29, nr. 1 (1989), se afirmă în mod elocvent: „Semnificaţia funcţională a alterărilor suferite de serotonina cerebrală (5HT) asociate cu îmbătrânirea firească, atât la animale, cât şi la oameni, este, în mare parte, necunoscută.“

219. Informaţia despre reacţia întârziată la antidepresive se află în George Zubenko et al., Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment of Major Depression in Late Life and Prediction of Response, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994).

220. Despre rata succesului în tratarea depresiei la vârstnici: ibid.

221. Despre prescrierea spitalizării pe termen scurt a vârstnicilor depresivi: ibid.

222. Simptomele depresiei la vârstnici sunt descrise în Diego de Leo şi René F.W. Diekstra, Depression and Suicide in Late Life, pp. 21–38.

223. Expresia „incontinenţă emoţională“ e folosit în Nathan Herrmann et al., Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients, în CNS Drugs 6, nr. 4 (1996).

224. Rolul depresiei în prezicerea bolii Alzheimer şi senilităţii este discutat în Myron Weiner et al., Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer’s Disease, în American Journal of Psychiatry 151, nr. 7 (1994).

225. Despre nivelurile serotoninei la pacienţii cu Alzheimer: ibid.

226. Lucrări despre posibilitatea ca nivelurile scăzute ale serotoninei să provoace demenţa se găsesc în Alan Cross et al., Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type, în Journal of Neurochemistry 43 (1984), şi Alan Cross, Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses, în Annals of the New York Academy of Sciences 600 (1990).

227. Despre efectul inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei asupra aptitudinilor intelectuale şi motorii, v. C.G. Gottfries et al., Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders, în International Clinical Psychopharmacology, supl. 6, nr. 5 (1992).

228. M. Jackuelyn Harris et al., Recognition and treatment of depression in Alzheimer’s Disease, în Geriatrics 44, nr. 12 (1989), e sursa mea pentru utilizarea pe termen lung a unor doze mici de inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei. Ei scriu: „În general, pacienţii cu Alzheimer necesită doze mai mici de medicamente şi perioade mai îndelungate de tratare cu medicamente decât pacienţii mai tineri trataţi pentru depresie“, p. 26.

229. Folosirea de trazodon şi benzodiazepine în cazurile de vârstnici cu depresie e descrisă în Nathan Herrmann et al., Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients, în CNS Drugs 6, nr. 4 (1996).

230. Despre propunerea de terapii hormonale pentru agresivitatea sexuală în cazurile de boală Alzheimer: ibid.

231. Găsiţi o discutare a statisticilor despre legătura dintre depresie şi atacul cerebral în Allan House et al., Depression Associated with Stroke, în Journal of Neuropsychiatry 8, nr. 4 (1996).

232. Pentru o trecere în revistă a lucrărilor despre atacul cerebral în lobul frontal stâng: ibid.

233. Povestea despre bărbatul care plângea este din Grethe Andersen, Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke, în Drugs & Aging 6, nr. 2 (1995).

234. Pentru povestea despre bărbatul care şi-a reluat foarte târziu activitatea: ibid.

235. Citatul din Mad Travelers este luat din introducere, pp. 1–5.

236. Jerry Lamon Falwell, Sr., pastor evanghelic fundamentalist american; Jeane L. Dixon, una dintre cele mai faimoase astroloage şi clarvăzătoare din SUA (n.tr.).

237. Citatul din Willow Weep for Me este de la pp. 18–19.

238. Revista din Singapore este Brave, iar articolul îi aparţine lui Shawn Tan şi a apărut în ultimul număr din 1999.

239. Cele mai multe dintre pasajele despre depresia la persoanele gay sunt din lucrările lui Richard C. Friedman şi Jennifer Downey, în special din Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction, în Journal of the American Academy of Psychoanalysis 23, nr. 1 (1995). Şi din Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis of Gay Patients, în Psychoanalytic Review 86, nr. 3 (1999). Aceste lucrări au fost, în cele din urmă, combinate şi amplificate, rezultând o carte cu titlul Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice. M-am consultat îndelung cu Richard Friedman şi mi-a oferit informaţii suplimentare înainte de apariţia cărţii, iar în câteva cazuri citatele date de mine reformulează, într-un limbaj acceptat de Friedman şi Downey, ideile din cele două articole.

240. Studiul din 1999 despre gemenii de sex masculin este din R. Herrel et al., Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men, în Archives of General Psychiatry 56 (1999). Ei au folosit arhive începute în timpul Războiului din Vietnam şi i-au comparat pe cei care erau exclusiv heterosexuali cu cei care au avut parteneri de acelaşi sex. Pe lângă procentele şocante ale încercărilor de sinucidere, studiul a arătat că, în vreme ce la heterosexuali exista o rată de 25,5 la sută de gândire la sinucidere, la persoanele gay proporţia era de 55,3 la sută.

241. Studiul din 2000 despre încercările de sinucidere la bărbaţii între şaptesprezece şi treizeci şi nouă de ani a fost efectuat de Cochrane şi Mays şi a examinat un eşantion aleatoriu de 3.648 de persoane. A fost publicat sub titlul Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III, în American Journal of Public Health 90, nr. 4 (2000). Aceiaşi cercetători au folosit o altă bază de date, cu 9.908 persoane, şi au examinat atacurile de panică la persoanele care au avut relaţii sexuale exclusiv cu parteneri de sex opus şi la cele care au avut relaţii sexuale cu parteneri de acelaşi sex în decursul anului precedent. Această lucrare a fost publicată sub titlul Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U.S. Population, în American Journal of Epidemiology 151, nr. 5 (2000). Dintre persoanele examinate în cel de-al doilea studiu, a trebuit ca 2.479 să fie respinse, deoarece (lucru destul de deprimant, după părerea mea) n-au avut parteneri sexuali în anul precedent.

242. Studiul reunind informaţii culese în Noua Zeelandă de-a lungul unei lungi perioade de timp, în care li s-a cerut participanţilor să-şi comenteze orientarea sexuală şi relaţiile sexuale începând cu vârsta de şaisprezece ani şi care a evidenţiat factorii de risc ai multor afecţiuni, a fost publicat de D.M. Fergusson et al., Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?, în Archives of General Psychiatry 56, nr. 10 (1999).

243. Studiul olandez efectuat în 1999 a avut 5.998 de participanţi. La persoanele gay, atât bărbaţi, cât şi femei, s-a constatat că apare cel puţin un dignostic psihiatric DSM-III-R mai frecvent decât la heterosexuali. La bărbaţii gay, apăreau procente mai mari de depresie şi anxietate actuale şi pe tot parcursul vieţii; la femeile gay, era o prevalenţă mai mare a depresiei majore şi a dependenţei de alcool şi droguri. V. studiul efectuat de T.G. Sanford et al., Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS), în Archives of General Psychiatry 59, nr. 1 (2001).

244. Studiul lui G. Remafedi et al., The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation:

Results of a Population-Based Study despre tinerii din Minnesota, la care au participat 36.254 de elevi din clasele VII–XII, a fost publicat în American Journal of Public Health 88, nr. 1 (1998). N-a arătat vreo variaţie a gândurilor de sinucidere între lesbiene şi femeile heterosexuale, dar a arătat că, în vreme ce la bărbaţii heterosexuali apărea un procent de 4,2 la sută al gândurilor de sinucidere, la bărbaţii gay procentul era de 28,1 la sută.

245. Studiul care arată că la bărbaţii gay probabilitatea încercării de sinucidere este de 6,5 ori mai mare decât la cei heterosexuali a fost efectuat pe 3.365 de persoane şi se găseşte în R. Garofalo et al., Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth, în Archives of Pediatric and Adolescent Medicine 153 (1999).

246. La studiul care a arătat că 7,3 la sută dintre persoanele gay au făcut patru sau mai multe încercări de sinucidere, spre deosebire de 1 la sută dintre heterosexuali, au participat 1.563 de persoane. La elevii gay/bisexuali din acest studiu, s-a constatat o frecvenţă mai mare a gândurilor de sinucidere decât la cei heterosexuali; 12 la sută dintre persoanele gay au încercat să se sinucidă, faţă de 2,3 la sută dintre heterosexuali; 7,7 la sută dintre tinerii gay au avut în cele douăsprezece luni precedente o încercare de sinucidere care a necesitat îngrijiri medicale, faţă de 1,3 la sută dintre tinerii heterosexuali. V. studiul efectuat de A.H. Faulkner şi K. Cranston, Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students, în American Journal of Public Health 88, nr. 2 (1998). Studiul a arătat că la elevii gay exista un risc mare de vătămări, boli, moarte violentă, abuz de substanţe toxice şi comportament sinucigaş.

247. Constatarea că 10 la sută dintre sinuciderile din San Diego au fost comise de bărbaţi gay este din C.L. Rich et al., San Diego Suicide Study: Young vs. Old Subjects, în Archives of General Psychiatry 43, nr. 6 (1986). Acesta a fost un studiu fără grup de control. D. Shaffer et al. au încercat, în 1995, să reproducă aceste rezultate în zona New York City, în articolul Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide, în Suicide and Life Threatening Behaviors 25, supl. 4 (1995), dar n-au reuşit, însă aceşti cercetători s-au ocupat doar de sinucigaşii tineri şi au luat informaţii despre orientarea lor sexuală de la familii şi colegi, care, în multe cazuri, nu ştiu, iar în unele cazuri nu vor să recunoască nici măcar în sinea lor amănuntele despre orientarea sexuală a copiilor lor.

248. Lucrarea despre legătura dintre socializarea bărbaţilor gay cu creşterea copiilor în medii homofobe şi încorporarea timpurie a atitudinilor homofobe este A.K. Maylon, Biphasic aspects of homosexual identity formation, în Psychotherapy: Theory, Research and Practice 19 (1982).

249. Studiul în care se arată probabilitatea ca bunurile elevilor homosexuali să fie furate sau deteriorate dinadins este R. Garofalo et al., The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents, în Pediatrics 101 (1998). Autorii au constatat că la homosexualii din grup exista, de asemenea, o probabilitate mai mare de a se angaja în abuzuri multiple de droguri, comportament sexual cu grad înalt de risc şi alte comportamente cu grad înalt de risc.

250. Faptul că ratele sinuciderii au fost deosebit de mari în rândurile tinerilor evrei din Berlin în perioada interbelică apare în Charlotte Salomon: Life? Or Theatre?, p. 10, deşi este expus mai amplu pe panourile cu texte montate ca parte a expoziţiei lucrărilor remarcabile ale lui Charlotte Salomon de la Jewish Museum, la începutul anului 2001. Îi mulţumesc lui Jennie Livingston pentru că m-a îndrumat către acest material şi pentru că mi-a propus legătura dintre această tendinţă de suicid a evreilor din Germania prenazistă şi tendinţa de suicid la persoanele gay din America.

251. Chestionarul din The New Yorker despre părinţii care preferă să aibă copii heterosexuali nefericiţi, nu copii homosexuali fericiţi a fost elaborat şi publicat de Hendrik Hertzberg (The Narcissus Survey, în The New Yorker, 5 ianuarie 1998).

252. Chestionarul din The New Yorker despre părinţii care preferă să aibă copii heterosexuali nefericiţi, nu copii homosexuali fericiţi a fost elaborat şi publicat de Hendrik Hertzberg (The Narcissus Survey, în The New Yorker, 5 ianuarie 1998).

253. Rata sinuciderilor în Groenlanda a fost publicată în Tine Curtis şi Peter Bjerregaard, Health Research in Greenland, p. 31.

254. Pasajul din cartea lui A. Alvarez A Savage God este la p. 103.

255. Descrierea „isteriei polare“, a „sindromului rătăcitorului prin munţi“ şi a „anxietăţii caiacului“ provine din Inge Lynge, Mental Disorders in Greenland, în Man & Society 21 (1997). Trebuie să-i mulţumesc lui John Hart pentru că mi-a oferit paralela cu amocul.

256. Citatul din Malaury este din The Last King of Thule, p. 109.

VI
Dependenţa

Depresia şi abuzul de substanţe toxice formează un ciclu. Persoanele care sunt depresive consumă în mod abuziv substanţe toxice, în încercarea de a se elibera de depresie. Persoanele care consumă în mod abuziv substanţe toxice îşi perturbă viaţa până în punctul în care îi deprimă pagubele produse. Oare persoanele care sunt „predispuse genetic“ la alcoolism devin alcoolice şi apoi au depresie, drept consecinţă a băuturii? Sau persoanele care sunt predispuse genetic la depresie folosesc băutura ca formă de autotratare? Răspunsul la ambele întrebări este da. Scăderea nivelului serotoninei pare să joace un rol semnificativ în accentuarea alcoolismului, astfel încât o depresie care se amplifică ar putea să provoace o amplificare organică a alcoolismului. Există, de fapt, o relaţie inversă între nivelurile serotoninei din sistemul nervos şi consumul de alcool. Autotratarea cu droguri ilegale este adesea vătămătoare: în vreme ce antidepresivele legale încep cu efectele secundare şi apoi ajung la efectele dorite, substanţele toxice de care se abuzează încep, de obicei, cu efectele dorite şi apoi ajung la efectele secundare. Hotărârea de a lua prozac în loc de cocaină este o versiune a strategiei satisfacţiei întârziate, iar decizia de a lua cocaină în loc de prozac se bazează pe dorinţa de a obţine satisfacţia pe loc.

Toate substanţele toxice de care se abuzează – nicotină, alcool, marijuana, cocaină, heroină şi vreo alte douăzeci cunoscute în prezent –[257] au efecte importante asupra sistemului dopaminic. Unii oameni sunt predispuşi genetic să folosească aceste substanţe. Substanţele toxice care sunt consumate abuziv acţionează asupra creierului în trei faze.[258] Prima este în prozencefal, şi afectează cogniţia; acesta, la rândul lui, excită fibre ce duc la zonele mai primitive ale creierului – cele pe care le avem în comun cu reptilele –, iar acestea, în cele din urmă, trimit mesaje spre multe alte părţi ale creierului, influenţând adesea sistemul dopaminic. De exemplu, cocaina pare să blocheze absorbţia dopaminei,[259] astfel încât prin creier pluteşte mai multă dopamină; morfina[260] pare să provoace eliberarea de dopamină. Sunt implicaţi şi alţi neurotransmiţători; alcoolul afectează serotonina,[261] şi mai

multe substanţe toxice par să crească nivelul encefalinei.[262] Creierul dispune însă de autoreglare şi tinde să păstreze niveluri constante ale stimulării; dacă îl tot inundăm cu dopamină, îşi va crea rezistenţă la ea, aşa încât va fi nevoie de tot mai multă dopamină ca să declanşeze o reacţie.[263] Fie va creşte numărul receptorilor dopaminei, fie va scădea sensibilitatea receptorilor existenţi. Iată de ce persoanele dependente trebuie să sporească mereu cantitatea de substanţă toxică;[264] iată, de asemenea, de ce persoanele în curs de recuperare, care nu mai stimulează prin substanţele toxice eliberarea excesivă a dopaminei, se simt abătute, triste şi deprimate: nivelurile fireşti ale dopaminei sunt, după standardele creierului lor adaptat, extrem de scăzute. Când creierul se adaptează din nou, se ajunge la revenirea deplină.

Cei mai mulţi dintre oameni, dacă iau destul de mult timp o cantitate suficientă dintr-o substanţă toxică de care se poate abuza, vor deveni dependenţi de ea. O treime dintre toţi cei care fumează o dată o ţigară vor deveni dependenţi de nicotină; cam un sfert dintre cei care încearcă heroina devin dependenţi de ea; cam o şesime dintre cei care încearcă alcoolul devin dependenţi de el.[265] Viteza cu care substanţele toxice trec bariera sânge–creier şi astfel îl intoxică pe cel care le foloseşte[266] este determinată adesea de felul în care este luată substanţa, injectarea fiind cea mai rapidă, urmată de inhalare, iar înghiţirea este cea mai lentă. Desigur, viteza diferă şi de la o substanţă la alta şi determină rapiditatea cu care substanţa întăreşte dependenţa.[267] „Problema persoanei care încearcă o dată o substanţă este destul de aleatorie“, spune David McDowell, directorul lui Substance Treatment and Research Service de la Universitatea Columbia. „Este legată de locul în care se află acea persoană şi care este climatul ei social. Continuarea e însă pur aleatorie. Unele persoane care au încercat o substanţă toxică îşi văd de viaţa lor şi nu se mai gândesc niciodată la ea; alţii sunt prinşi aproape imediat.“ În cazul celor care abuzează de substanţe toxice, ca şi al depresivilor, o predispoziţie genetică interacţionează cu experienţa externă; oamenii se nasc cu capacitatea de a abuza de substanţe toxice şi, după ce au abuzat suficient timp de o anumită substanţă, devin dependenţi de ea. Persoanele depresive care înclină către alcoolism încep, de obicei, să bea mult la aproximativ cinci ani de la primul episod de depresie majoră; cele care înclină către cocaină încep, în medie, s-o consume abuziv la aproximativ şapte ani de la un astfel de episod. Nu există, în prezent, lucrări care să arate cine poate folosi ce substanţă cu ce nivel de risc, deşi actualmente se fac încercări de a formula astfel de teste, în mare parte pe baza nivelului anumitor

enzime din fluxul sangvin. Încă nu putem vedea dacă o transformare fiziologică a persoanelor depresive le face mai vulnerabile la abuzul de substanţe toxice, sau vulnerabilitatea sporită este, în primul rând, psihologică.

Cele mai multe dintre persoanele depresive care abuzează de substanţe toxice au două maladii legate între ele care se manifestă simultan, fiecare dintre ele necesitând tratament şi fiecare dintre ele agravând-o pe cealaltă. Aceste maladii interacţionează cu sistemul dopaminic. Ideea populară că trebuie să împiedici o persoană să mai ia substanţe toxice înainte de a te ocupa de depresia ei este întru câtva ridicolă: îi ceri cuiva care-şi mai uşurează suferinţa să lase acea suferinţă să înflorească înainte să faci ceva în privinţa ei. Ideea că poţi să ignori dependenţa şi să tratezi depresia ca maladie principală, ajutând pe cineva să se simtă atât de bine, încât să nu mai dorească să apeleze la substanţele toxice, scapă din vedere realitatea dependenţei fizice. „Dacă am învăţat ceva în domeniul dependenţei“, spune Herbert Kleber, care a fost câţiva ani director adjunct al Brigăzii de Stupefiante SUA, iar acum conduce Centrul pentru Dependenţă şi Abuz de Substanţe Toxice al Universităţii Columbia, „este că, după ce devii dependent – nu contează cum ai ajuns acolo –, ai o boală care are viaţa ei proprie. Dacă tratezi un alcoolic depresiv cu un antidepresiv, creezi un alcoolic nedepresiv.“ Îndepărtarea motivaţiei iniţiale pentru abuzul de substanţe toxice nu eliberează o persoană care şi-a creat un tipar de abuz de substanţe toxice.

Teoreticienii ţin să deosebească starea de spirit de dependenţa de substanţe toxice. Unele măsurători directe – de exemplu, istoricul familial al depresiei – pot să identifice o depresie principală, iar istoricul familial al abuzului de substanţe toxice poate semnala o problemă principală a substanţelor toxice. Dincolo de aceasta, termenul devine vag. Alcoolismul provoacă simptome de depresie. Filozofia terapeutică tradiţională susţine, în prezent, că, mai întâi, trebuie tratat abuzul de substanţe toxice şi că starea afectivă a unei persoane trebuie evaluată după ce ea a fost „curată“ sau „trează“ timp de aproximativ o lună. Dacă persoana se simte bine, atunci dependenţa a fost, probabil, cauza depresiei, astfel încât eliminarea dependenţei a eliminat depresia. Toate astea sunt minunate în principiu, dar, în realitate, răscolirea provocată de sevraj este enormă. Cineva care se simte bine după o lună de renunţare la substanţa toxică probabil că e plin de mândrie pentru autocontrolul de care dă dovadă şi are niveluri adaptate ale multor hormoni, neurotransmiţători, peptide, enzime şi altele; o astfel de persoană nu e obligatoriu să fi scăpat de alcoolism sau de depresie. Cineva care e deprimat după o lună de renunţare la substanţa toxică

poate fi deprimat din motive legate de viaţă, care nu reflectă nici starea afectivă care l-a dus în primul rând la abuzul de substanţe toxice, şi nici o anumită stare afectivă implicită care acum este dezvăluită. Concepţia că cineva poate fi readus la starea de curăţie, ideea că substanţele toxice maschează adevăratul eu al celui care abuzează de ele e cu totul ridicolă. Mai mult, problemele legate de sevraj s-ar putea să-şi facă apariţia doar după o lună sau două de absenţă a substanţei toxice. Corpul are nevoie de multe luni ca să se vindece de-a binelea după abuzul de substanţe toxice pe o perioadă îndelungată; unele alterări ale creierului „par să fie permanente“, după părerea lui Kleber, iar altele durează cel puţin un an sau doi. Scanările în sistemul de tomografie cu emisie de pozitroni (*positron-emission tomography* – PET) arată efectele asupra creierului pe care le au diferite substanţe toxice de care se abuzează, şi ele arată vindecare limitată chiar şi după trei luni.[268] Există leziuni persistente, şi adesea cei la care abuzul de substanţe toxice este cronic suferă de perturbări permanente ale memoriei.[269]

Dacă e sadic să începi prin a le interzice celor depresivi care abuzează de substanţe toxice să mai ia acele substanţe, atunci se cuvine să începi prin a le da medicamente? Folosirea de antidepresive de către alcoolicii depresivi va produce o oarecare reducere a dorinţei lor de băutură dacă depresia e motivul principal al alcoolismului. Această modalitate de testare – să începi prin ameliorarea depresiei – este mai generoasă decât interzicerea substanţelor toxice pentru a dezvălui persoana cu sau fără „depresie reală“. Tratamentul cu antidepresive este, incontestabil, util la reducerea abuzului de substanţe toxice; studii recente au arătat că, dacă alcoolicilor li se prescriu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei, cresc şansele ca ei să fie în stare să renunţe la alcool.[270] E clar că depresia poate fi ameliorată semnificativ prin terapie psihodinamică sau doar prin acordarea atenţiei – iar atenţia mărită acordată persoanelor care participă la studii poate să aibă un efect benefic asupra folosirii substanţelor toxice, cu totul separat de formula studiului. Alcoolicii depresivi tind să fie foarte izolaţi, iar întreruperea acestei izolări ameliorează adesea unele simptome depresive.

„Există o anumită judecată de valoare în încercarea de a stabili tehnic care maladie este principală şi care e secundară, încercând repartizarea răspunderilor pe îngăduinţa faţă de sine sau pe boala mintală“, spune Elinore McCance-Katz de la Albert Einstein College of Medicine. „Eu însă, care tratez persoane cu probleme de dependenţă şi probleme de sănătate mintală, vreau să ştiu asta, deoarece ar putea să prezică felul în care o să le fie în

viitor; mă ajută din punctul de vedere al felului în care îi educ şi lucrez cu ei; mă ajută din punctul de vedere al medicamentelor pe care să li le administrez şi al duratei de administrare. Esenţa e însă că, dacă au ambele tulburări, ambele tulburări trebuie să fie tratate.“ Uneori, cei care se tratează singuri folosesc substanţele toxice pentru a ţine sub control depresia agitată, care, dacă n-ar fi stăpânită, ar putea include tendinţe sau acte de suicid. Dacă îi interzici unei astfel de persoane alcoolul fără să faci planuri mai bune de controlare a depresiei, apare marele risc de a determina suicidul. „Când depresia nu e diagnosticată, deoarece lipseşte abstinenţa“, spune David McDowell de la Columbia, „păstrarea abstinenţei poate împiedica tratarea depresiei“. Cu alte cuvinte, dacă eşti depresiv, s-ar putea să nu poţi face faţă stresului dezintoxicării.

Corelaţiile sunt manipulate în încercarea de a construi un sistem de diagnosticare într-un domeniu în care cunoaşterea originii bolii este doar o mică parte a cunoaşterii modului în care trebuie tratată acea boală. Într-un studiu recent bunăoară, au fost cercetate fazele somnului şi s-a stabilit că latenţa redusă a somnului paradoxal (somnul cu mişcări rapide ale globului ocular) – timpul scurs de la adormire şi până la intrarea în prima fază a somnului paradoxal – arată că depresia e maladia principală, în vreme ce latenţa prelungită a somnului paradoxal dovedeşte că alcoolismul e maladia principală.[271] Unii medici susţin că probabilitatea ca alcoolismul instalat devreme să fie consecinţa depresiei este mai mare decât în cazul alcoolismului instalat mai târziu.[272] Unele teste măsoară metabolitele serotoninei sau nivelurile cortizolului şi ale altor hormoni şi speră să demonstreze, prin intermediul acestor măsurători, prezenţa unei depresii „reale“ – însă, dat fiind că, în multe cazuri, depresia reală nu se manifestă în aceste metabolite, utilitatea testelor e limitată.[273] E disponibilă o gamă incredibil de largă de statistici, dar se pare că aproximativ o treime dintre cei care abuzează de substanţe toxice suferă de o formă de tulburare depresivă; şi este evident că un număr mare de depresivi abuzează de substanţe toxice.[274] Abuzul de substanţe toxice începe adesea în prima parte a adolescenţei,[275] într-o perioadă în care la persoanele predispuse la depresie se poate să nu se fi manifestat încă afecţiunea. Abuzul poate să înceapă ca apărare împotriva dezvoltării tendinţei depresive. Uneori, depresia transformă în dependentă o persoană care era utilizatoare a unei substanţe toxice creatoare de dependenţă. „La persoanele care iau ceva deoarece sunt anxioase sau din cauză că sunt depresive e mult mai mare probabilitatea să apară o dependenţă reală“, spune

Kleber. La cei care şi-au revenit din abuzul de substanţe toxice este mult mai mare probabilitatea să recidiveze când sunt deprimaţi decât alteori.[276] R.E. Meyer a propus existenţa a cinci relaţii posibile între abuzul de substanţe toxice şi depresie. Depresia poate fi cauza abuzului; depresia poate fi rezultatul abuzului; depresia poate modifica sau exagera abuzul; depresia poate coexista cu abuzul, fără să-l afecteze; depresia şi abuzul pot fi două simptome ale unei singure probleme.[277]

Este extrem de derutant că folosirea de substanţe toxice, renunţarea la folosirea de substanţe toxice şi depresia au simptome care parţial se suprapun. Substanţele depresive, cum sunt alcoolul şi heroina, reduc anxietatea şi agravează depresia; substanţele stimulante, cum este cocaina, reduc depresia şi agravează anxietatea. Pacienţii cu depresie care abuzează de stimulante pot să aibă comportamente ce par schizofrenice, cu toate că acel comportament dispare *fie* la întreruperea folosirii substanţei toxice, *fie* la tratarea cu succes a depresiei.[278] Cu alte cuvinte, simptomele combinaţiei sunt mai grave decât simptomele celor două maladii componente luate la un loc. În cazurile de diagnostic dublu, alcoolismul e adesea mai grav decât alcoolismul obişnuit, iar depresia are, şi ea, adesea simptome mai grave decât depresia obişnuită.[279] Din fericire, la persoanele cu diagnostic dublu este mai mare probabilitatea să ceară ajutor decât la cele care au doar una dintre probleme. La ele, există însă, de asemenea, o probabilitate mai mare de recidivă. Chiar dacă abuzul de substanţe toxice şi depresia sunt probleme separate, nu încape îndoială că fiecare dintre ele are consecinţe fiziologice la nivelul creierului, care le pot agrava mult pe celelalte. Unele substanţe (cocaina, sedativele, hipnoticele şi anxioliticele) care nu provoacă depresie, când sunt luate, afectează creierul în aşa fel, încât provoacă depresie în timpul sevrajului;[280] alte substanţe (amfetaminele, opioidele, halucinogenele) provoacă depresie ca parte a efectului lor intoxicant nemijlocit. Unele (cocaina, ecstasy) provoacă un maximum şi apoi, compensator, un minimum. Nu e o chestiune bine determinată. Toate aceste substanţe, şi în special alcoolul, agravează tendinţa de suicid.[281] Toate înceţoşează mintea destul de mult ca să perturbe respectarea regimurilor prescrise, ceea ce poate crea un adevărat haos pentru persoanele care urmează un aşa-zis tratament antidepresiv.

Acestea fiind spuse, depresia se reduce aproape permanent la unele persoane după detoxificare, iar tratamentul corect pentru ele este abstinenţa.[282] La alte persoane, interesul faţă de droguri şi alcool dispare pur

şi simplu când depresia lor ajunge sub control, iar tratamentul corect pentru ele e compus din antidepresive şi terapie. Cele mai multe dintre persoanele care abuzează de substanţe toxice au nevoie, asemenea celor mai mulţi depresivi, de intervenţie psihosocială, dar nu e mereu aşa. Din păcate, medicii încă nu cunosc suficient felul în care multe dintre antidepresive pot interacţiona cu substanţele de care se abuzează. Alcoolul accelerează absorbţia medicamentelor, şi această absorbţie rapidă intensifică semnificativ efectele secundare ale acestora.[283] Antidepresivele triciclice, o formă mai veche de tratament, pot să provoace, în combinaţie cu cocaina, un stres semnificativ pentru inimă. Este important ca, atunci când i se prescriu antidepresive unei persoane care a abuzat de o substanţă toxică şi a renunţat la ea, să se presupună că ea s-ar putea să revină la substanţa respectivă şi să se evite prescrierea de medicamente care, în combinaţie cu acea substanţă, ar putea să facă rău. În unele cazuri, terapia psihodinamică poate fi calea cea mai sigură de tratare a depresiei la persoanele care abuzează de substanţe toxice.

Limbajul dependenţei a devenit difuz în ultimii douăzeci de ani, aşa încât acum poţi fi dependent de muncă, de lumina soarelui, de masajul picioarelor. Unii oameni sunt dependenţi de mâncare. Alţii sunt dependenţi de bani – atât de câştigarea, cât şi de cheltuirea lor. Unei fete anorexice pe care am cunoscut-o i s-a pus diagnosticul de dependenţă de castraveţi, tulburare despre care nu ne putem împiedica să gândim că doctorul Freud ar fi avut multe de spus. Howard Shaffer, directorul Secţiei de dependenţe de la Harvard Medical School, a studiat angrenarea compulsivă în jocuri de noroc şi crede că traseele dependenţei sunt în creier şi că obiectul compulsiei nu este cu adevărat semnificativ; pentru el, dependenţa de comportamente nu se deosebeşte în mod semnificativ de dependenţa de substanţe toxice. Nevoia irezistibilă de a repeta ceva vătămător este motorul dependenţei, nu reacţia fiziologică la lucrul repetat. „Nu se vorbeşte despre zaruri care creează dependenţă“, spune el.[284]

Însă Bertha Madras, de la Facultatea de Psihiatrie de la Harvard, spune că substanţele toxice de care se abuzează cel mai frecvent intră pe trasee care există în creier, în virtutea asemănării lor cu substanţe care apar acolo în moduri mai naturale. „Structura chimică a drogurilor se întâmplă să aibă o structură chimică asemănătoare cu propriii neurotransmiţători ai creierului“, spune ea. „Eu le zic «marii impostori ai creierului». Ei vizează aceleaşi sisteme de comunicare ca mesagerii naturali ai creierului. Sistemele

complexe de comunicare şi de control din creier sunt însă reglate pentru mesajul natural, nu pentru impostor. Ca rezultat, creierul se adaptează la semnalele anormale generate de drog şi le compensează. Aici începe procesul dependenţei. Adaptarea creierului este elementul esenţial în dependenţă. În cazul drogurilor care produc fenomene de sevraj fizic sau psihologic, există compulsiunea de a readuce creierul în starea în care era când era scăldat în drog.“ Lăsând deoparte zarurile care creează dependenţă, dependenţa fizică implică activarea traseelor dependenţei din creier, şi multe dintre acele trasee duc la modificări fiziologice care ar putea, la rândul lor, să provoace depresie.

La persoanele cu istoric familial de alcoolism, există tendinţa de a avea niveluri mai scăzute de endorfine – morfina endogenă care răspunde de multe dintre reacţiile noastre de plăcere – decât au persoanele care nu sunt înclinate genetic către alcoolism. Alcoolul ridică puţin nivelul endorfinei la oamenii care nu au bază genetică a alcoolismului;[285] ridică în mod spectaculos nivelul endorfinei la oamenii care au acea bază genetică. Specialiştii petrec mult timp cu formularea de ipoteze bizare care să explice abuzul de substanţe toxice. Cei mai mulţi oameni care abuzează de substanţe toxice o fac pentru că aşa se simt bine. Există, arată experţii, motive solide pentru evitarea drogurilor; dar există motive solide şi pentru luarea lor. Persoanele care afirmă că nu pricep cum poate deveni cineva dependent de droguri sunt, de obicei, oameni care nu le-au încercat ei înşişi sau care au, din punct de vedere genetic, un grad destul de mare de invulnerabilitate la ele.

„Oamenii sunt judecători foarte nepricepuţi ai propriei predispoziţii“, spune Herbert Kleber de la Columbia. „Nimeni nu vrea să fie dependent. Problema tratării este că scopul terapeutului – abstinenţa – nu este acelaşi cu scopul pacientului – controlul. Tot ce vrea un dependent de cocaină e să se poată lipsi uneori de tub. Şi una dintre probleme este că el a fost cândva în stare de asta. Fiecare dependent are o lună de miere, în care a putut să controleze utilizarea. La un alcoolic, asta se poate să fi fost cu cinci sau zece ani înainte; pentru dependentul de cocaină, poate că a fost nu mai demult de şase luni.“ Simţirea dorinţei de a repeta ceva pentru că e desfătător nu-i deloc acelaşi lucru cu nevoia de a repeta ceva din cauză că fără acel lucru e insuportabil. Determinantul nevoii e adesea o împrejurare exterioară, cum ar fi depresia; prin urmare, la o persoană depresivă există probabilitatea de a deveni dependentă mai rapid decât o persoană nedepresivă. Dacă eşti depresiv, capacitatea de a obţine satisfacţie de la viaţa obişnuită e redusă. Cei care abuzează de substanţe toxice pot fi clasificaţi în predeliberativi – ceea ce

înseamnă că nici măcar nu se gândesc să renunţe la drogul preferat – sau deliberativi, precum şi în motivaţi extern sau motivaţi intern. Cei mai mulţi trebuie să treacă prin aceste patru etape înainte să se poată elibera de dependenţă.

Literatura medicală afirmă că dependenţa vine de la problemele cu „(1) afectele, (2) respectul de sine, (3) relaţiile dintre sine şi ceilalţi şi (4) grija faţă de sine“.[286] Eu aş spune că lucrul cu adevărat extraordinar este cât de mulţi dintre noi reuşim să evităm dependenţa. Suntem motivaţi parţial de faptul că ştim cât de vătămătoare şi de neplăcută poate fi dependenţa, din teama de a ne pierde relaţiile şi din plăcerea autocontrolului. Cu toate acestea, efectele secundare fizice ale abuzului de substanţe toxice sunt ceea ce contează cel mai mult. Dacă n-ar exista stări ca mahmureala, ar fi pe lume mult mai mulţi alcoolici şi cocainomani. Drogurile răsplătesc şi pedepsesc, iar hotarul dintre nivelul de folosire la care răsplata e mai mare decât pedeapsa şi cel în care pedeapsa e mai mare decât răsplata e flu. Efectele detensionante ale unei băuturi ajută oamenii să se relaxeze şi să facă faţă evenimentelor sociale fără anxietatea care paralizează, iar acest gen de utilizare este acceptat în majoritatea societăţilor nemusulmane. Efectele stimulatoare ale cocainei luate ocazional sunt pentru depresie ceea ce este alcoolul pentru anxietate, cu toate că ilegalitatea cocainei reflectă dezaprobarea socială faţă de ea. Dependenţele care sunt de departe cele mai obişnuite sunt cafeina şi nicotina. Un medic specializat în dependenţă mi-a povestit că şi-a vizitat nişte prieteni din altă ţară şi a avut o mahmureală paralizantă şi un groaznic sentiment de deprimare de-a lungul a două zile, până şi-a dat seama că prietenii nu aveau în casă decât ceai de plante, iar el trecea nu printr-o problemă de deshidratare bazată pe alcool, ci avea simptome de reacţie la abstinenţa de la cafeină. După câteva căni de cafea tare, şi-a revenit cu totul. „Nici măcar nu-mi trecuse vreodată prin cap asta, dar cafeaua nu era doar o obişnuinţă: era o dependenţă, şi orice abatere declanşa simptome de reacţie la abstinenţa de la cafeină.“ Ca societate, nu avem obiecţii la dependenţe care nu scot din circulaţie; dar avem obiecţii la folosirea anumitor substanţe toxice ce creează dependenţă, chiar şi când folosirea este ocazională şi de natură să nu creeze dependenţă. Dezbaterile despre legalizarea marijuanei şi scoaterea din legalitate a tutunului arată cât de împărţite sunt concepţiile noastre despre acest subiect.

Genele nu sunt destin. Irlanda are o rată extrem de mare de alcoolism; are, de asemenea, o rată extrem de mare de abstinenţă totală de la alcool. Israelul

are o rată extrem de mică de alcoolism, dar aproape deloc persoane care să se abţină total de la consumul de alcool.[287] Într-o societate în care oamenii sunt înclinaţi către alcoolism, pot fi înclinaţi şi către exercitarea unui mare autocontrol în faţa substanţelor toxice. „Alcoolismul“, spune Kleber, „nu este o boală a articulaţiei cotului. Nu spasmele musculare sunt cele care duc paharul la gura ta. Un alcoolic n-are de ales. Capacitatea de a exercita alegerea e însă influenţată de multe variabile, una dintre ele putând să fie o tulburare a stării de spirit.“ Când iei medicamente, o faci în mod deliberat. Ştii când o faci. Implică voinţa. Şi totuşi, avem de ales? Dacă ştim că dispare rapid o durere nemijlocită, ce rost are să le refuzi? T.S. Eliot a scris în *Gerontion*: „După o astfel de cunoaştere – ce iertare?“[288] În noaptea cea neagră a sufletului, e oare mai bine să nu ştii ce poate să facă pentru tine cocaina?

O parte din lucrul cel mai îngrozitor legat de depresie, şi în special de anxietate şi panică, este faptul că nu implică voinţa: senzaţiile te cuprind fără nici un motiv. Un scriitor spunea că abuzul de substanţe toxice este înlocuirea „suferinţei comode ce poate fi înţeleasă“ cu „suferinţa incomodă ce nu poate fi înţeleasă“, eliminând „suferinţa incontrolabilă, pe care cel care foloseşte drogul n-o înţelege“ pentru a face loc „unei disforii induse de drog, pe care cel care foloseşte drogul o înţelege“.[289] În Nepal, când unui elefant îi intră în picior o aşchie sau o ţeapă, cornacul îi pune boia de ardei iute într-un ochi, iar elefantul e atât de preocupat de durerea provocată de ardei, încât nu-i mai pasă de durerea din picior, şi oamenii pot să-i scoată ţeapa fără să fie striviţi (şi nu trece mult până să iasă şi boiaua de ardei iute din ochi).[290] Pentru mulţi depresivi, alcoolul, sau cocaina, sau heroina sunt ardeiul iute, lucrul greu de suportat, a cărui grozăvie abate atenţia de la depresia şi mai greu de suportat.

Cafeina, nicotina şi alcoolul sunt principalele substanţe toxice legale creatoare de dependenţă încorporate în diferite grade în normele societăţii şi cărora li se face reclamă. Cafeina o ignorăm în mare măsură. Nicotina, deşi întăreşte puternic dependenţa, nu e intoxicantă şi, prin urmare, e relativ nesupărătoare pentru viaţa de zi cu zi; efectele gudronului care însoţeşte consumul uzual de nicotină sunt cele care-i îngrijorează pe liderii mişcării antifumat. Efectele secundare negative întârziate ale fumatului fac ca nicotina să fie un drog de care e uşor să abuzezi: dacă oamenii ar avea indispoziţii crâncene de câte ori ar fuma ţigări, ar fuma mult mai puţine. Întrucât efectele nocive – în special emfizemul şi cancerul pulmonar – sunt rezultatul final al fumatului îndelungat, sunt mai uşor de ignorat sau de negat. Rata mare a

fumatului la depresivi pare să reflecte nu un anumit atribut al nicotinei, ci atitudinea suicidară generală a persoanelor al căror viitor pare cu totul cenuşiu. Reducerea oxigenării sângelui, care se produce ca parte a fumatului, poate să aibă, şi ea, un efect depresiv intens.[291] Fumatul pare să scadă nivelul serotoninei, cu toate că e posibil ca nivelul scăzut al serotoninei să fie, de fapt, ceea ce-i face pe oameni să fie atraşi de nicotină şi să se apuce de fumat.[292]

Dintre substanţele toxice considerabil vătămătoare de care se face abuz, cea mai obişnuită este alcoolul, care poate face o treabă excelentă de a-ţi îneca suferinţa. Dacă nu e neobişnuit să bei în timpul depresiei, unii oameni beau mai puţin când sunt deprimaţi, adesea deoarece ştiu că alcoolul este un depresiv şi că excesul de băutură în timpul unei depresii poate să agraveze mult depresia. Din propria experienţă, ştiu că alcoolul nu e prea ispititor când simţi depresia, dar că e foarte ispititor când simţi anxietate. Problema este că acelaşi alcool care îmblânzeşte anxietatea tinde să agraveze depresia, aşa încât treci de la starea în care eşti tensionat şi înspăimântat la starea în care eşti disperat şi te simţi fără valoare. Asta nu e o îmbunătăţire. Am apelat la sticlă în aceste condiţii şi am supravieţuit ca să spun adevărul: nu ajută.

După ce am trăit cu diferite norme de consum de alcool, cred că ceea ce constituie o dependenţă este, în mare măsură, determinat pe plan social. Am crescut într-o casă în care la cină se servea vin, şi aveam în pahar două înghiţituri de vin de la vârsta de şase ani. Când am ajuns la facultate, am descoperit că sunt un băutor destul de bun: mă descurcam bine cu alcoolul. Pe de altă parte, băutura era mai mult sau mai puţin dezaprobată la facultatea mea, iar cei care beau prea mult erau erau socotiţi „turbulenţi“. M-am conformat standardelor. La universitatea la care m-am dus apoi, în Anglia, băutul era în mare vogă, iar cei care se abţineau erau taxaţi drept „scorţoşi“ şi „plicticoşi“. Nu-mi place să mă consider oaie, dar m-am încadrat perfect în acest nou sistem. După câteva luni de la începerea masteratului în Anglia, am fost invitat la o agapă şi, ca parte a unui ritual destul de prostesc, am fost pus să beau vreo doi litri de gin. A fost un lucru revoluţionar pentru mine, şi a alungat teama de beţie care mă afectase înainte. În acea etapă a vieţii mele, nu sufeream prea mult de depresie, dar eram o persoană anxioasă, cu crize de agitaţie intensă. După câteva luni, m-am dus la o cină şi am stat lângă o fată care-mi picase cu tronc şi, crezând că alcoolul o să-mi împrăştie sfiala puternică pe care o simţeam faţă de ea, am dat pe gât cu voioşie în timpul cinei vreo două sticle şi jumătate de vin. Ea, aparent la fel de sfioasă, a băut

aproape la fel de mult, şi ne-am trezit pe la orele mici ale dimineţii pe un morman de paltoane. Chestia asta n-a avut prea mult farmec. Dacă erai dispus să plăteşti cu dureri de cap şi erai în stare să termini lecturile pentru următoarea lucrare, erai binevenit să bei până cădeai lat în fiecare seară a săptămânii. Nu ne-a dat prin cap, mie şi prietenilor mei, că sunt în pericol de a deveni alcoolic.

La douăzeci şi cinci de ani, am început lucrul la prima mea carte, care a fost despre artiştii sovietici avangardişti.[293] Dacă pileala mea englezească fusese sporadică şi pasională, pileala mea rusească era constantă. Nu era însă deprimant: voioşia societăţii în care trăiam în Rusia era de natură alcoolică. Apa la Moscova era aproape de nebăut, şi-mi amintesc că am spus că adevărata minune ar fi să-mi schimbe cineva vinul în apă, nu invers. Am petrecut vara anului 1989 într-o locuinţă clandestină de la marginea Mocovei, cu un grup de artişti, şi bănuiesc că beam un sfert de litru de vodcă pe zi. Când a trecut în felul ăsta o lună, nu mi-am dat seama cât de mult beau; mă învăţasem să cobor împleticit din pat pe la amiază şi să găssc un cerc de prieteni care fumau, fierbeau ceai pe un reşou mic şi beau vodcă din pahare murdare. Ceaiul mi se părea dezgustător – ca o apă caldă în care pluteau bucăţi de noroi – aşa că dădeam pe gât vodca de dimineaţă, şi ziua curgea mai departe, îmblânzindu-se tot mai mult odată cu consumul constant de alcool. Acest fel de băut nu mi-a dat niciodată senzaţia că sunt beat, şi pot spune, privind înapoi, că mi-a făcut mult bine. Crescusem într-un fel destul de protejat în SUA, şi sentimentul meu de camaraderie cu prietenii ruşi era ocazionat, în mare măsură, de combinaţia dintre traiul în comun şi băutul persistent. Desigur, câţiva dintre noi beau prea mult chiar şi după standardele societăţii în care trăiam. Unul dintre bărbaţi bea în fiecare noapte până ce nu mai ştia de el, rătăcea de colo colo, incoerent, şi apoi îşi pierdea cunoştinţa. Sforăia ca secţiunea de percuţie a unei trupe de *heavy-metal*. Marea stratagemă era să ai grijă să nu cadă lat în camera ta, şi, mai ales, pe patul tău. Îmi amintesc cum i-am târât, împreună cu alţi şase bărbaţi, matahala de trup inconştient pe podea; o dată, l-am cărat în jos trei etaje fără să se trezească. Dacă mă ţineam de standardele mele de băut din SUA, aş fi fost în aceste cercuri nu numai nepoliticos, ci şi ciudat. Un lucru poate că şi mai semnificativ era faptul că băutura îi elibera pe prietenii mei de la Moscova de regimul lor social de plictiseală şi teamă. Duceau vieţi marginale într-o societate opresivă, într-un moment derutant al istoriei şi – ca să ne exprimăm liber, să dansăm şi să râdem aşa cum făceam, să ajungem la o apropiere

exagerată – trebuia să continuăm să bem. „În Suedia“, a spus unul dintre prietenii mei ruşi după ce a vizitat acea ţară, „oamenii beau ca să evite intimitatea. În Rusia, bem pentru că ne iubim unii pe alţii atât de mult.“

Băutul nu e o chestie simplă: are motivaţii şi efecte divergente asupra unor oameni diferiţi în locuri diferite. Se consideră că sporirea taxelor pe băuturile alcoolice în ţările scandinave ţine în frâu rata sinuciderilor.[294] Am citit multe studii care arată că e deprimant să fii alcoolic, dar eu nu cred că toţi alcoolicii sunt depresivi. Relaţia dintre depresie şi alcool este legată de temperament şi context, două atribute foarte variabile. E limpede că eu beau mai mult când sunt neliniştit – în interacţiuni sociale care produc de obicei anxietate sau când mă cuprinde un pic de anxietate de tip depresiv – şi m-am pomenit că mă bazez în momentele grele supărător de mult pe alcool. Toleranţa mea creşte şi scade, şi reacţia mea e inconsecventă; mi s-a întâmplat să beau şi am simţit că dispare încordarea, dar mi s-a întâmplat şi să beau şi să mă simt îmboldit primejdios de tare la sinucidere, copleşit, slab şi speriat. Ştiu că n-ar trebui să beau când mă simt deprimat, şi, dacă stau acasă, nu beau; dar când eşti între alţii e greu să zici nu, şi e şi mai greu să calci pe linia aceea dintre potolirea agitaţiei şi uşa deschisă descurajării. Mă înşel adesea.

A bea mult duce, desigur, la dureri de cap şi senzaţie de ineficienţă sau incapacitate, precum şi la indigestie. Alcoolismul grav pe o perioadă prelungită poate duce la perturbare cognitivă şi chiar la psihoză,[295] precum şi la afecţiuni fizice grave,[296] cum este ciroza; la alcoolici, există pericolul de a muri mai devreme decât nebăutorii.[297] Sevrajul după consumul cronic de alcool poate să includă *delirium tremens*, ce poate fi fatal. Nouăzeci la sută dintre americanii care trăiesc în prezent au consumat alcool într-o anumită fază din viaţă.[298] În SUA, la circa 10 la sută dintre bărbaţi şi 5 la sută dintre femei apare dependenţa psihică de alcool – ceea ce înseamnă că vor avea tahicardie într-o proporţie mai mare, *delirium tremens* şi tulburări dacă încearcă să renunţe la băutură. Mecanismul fiziologic al alcoolului în creier nu e cunoscut pe deplin; nici baza fiziologică a consumului de alcool, cu toate că serotonina pare să influenţeze capacitatea de rezistenţă la tentaţia de a bea.[299] Se pare că dozele mari de alcool au efect nociv asupra neurotransmiţătorilor, poate că prin intermediul receptorilor GABA (acidul gamma-aminobutiric),[300] care sunt, de asemenea, ţinta valiului. Consumul continuu de alcool afectează grav memoria şi pare să provoace o vătămare permanentă a capacităţii de a pune în ordine trăirile noi, încorporându-le într-o linie continuă a amintirii. Aceasta înseamnă că se pierde forma esenţială a

propriei istorii; viaţa e păstrată în amintire sub formă de frânturi şi episoade, nu ca naraţiune coerentă.

Există multe sisteme de tratare a alcoolismului în afara depresiei, dar, când cele două afecţiuni coexistă, terapiile psihodinamice par să fie cele mai eficiente.[301] Alcoolicii Anonimi (*Alcoholics Anonymous*) şi alte programe în douăsprezece faze oferă cadre de sprijin în care oamenii îşi pot împărtăşi atât experienţele de alcoolism, cât şi experienţele de depresie. Alte terapii de grup şi chiar internarea pe termen scurt sunt foarte folositoare în tratarea alcoolismului şi depresiei, ca şi cum ar izvorî din aceeaşi cauză. Pentru mulţi oameni, aceasta funcţionează, indiferent dacă există – sau nu – o singură cauză. Medicii de la Universitatea Columbia folosesc o terapie cognitiv-comportamentală individuală pentru prevenirea recidivelor.[302] Programul e scris şi poate fi practicat în acelaşi fel de către orice medic. „Este, în mare măsură, o formă de terapie «aici şi acum»“, explică David McDowell. Ciclul caracteristic de tratament începe cu o săptămână sau două în care sunt vizate dorinţele intense ale pacientului şi apoi se trece la elucidarea factorilor care declanşează, la acea persoană, recidivele şi se găseşte modalitatea de abordare a lor.

Alcoolismul a fost tratat mai recent cu antabuse, medicament care modifică metabolizarea alcoolului şi reduce toleranţa la alcool.[303] Este un fel de extensie a autodisciplinei. Adesea, persoanele care se trezesc dimineaţa pline de hotărâre, dar constată că voinţa le slăbeşte la prânz, iau antabuse, pentru a le întări decizia să nu bea. Persoanele aflate la dezintoxicare au, de obicei, un grad mare de ambivalenţă, iar antabuse le ajută să profite de dorinţa de a fi libere, nu de cea de a lua o substanţă ce creează dependenţă. Un medic care lucrează cu persoane aflate în funcţii înalte, în mare parte avocaţi şi doctori, care abuzează de substanţe toxice, i-a pus să-şi scrie şi să-şi semneze cererea de retragere a licenţei, adresată comisiei de specialitate; dacă recidivează, expediază cererile. Unii dintre cei care cercetează dependenţa au folosit medicamente ce blochează efectele substanţelor toxice de care se abuzează, distrugând astfel motivaţia abuzării. Naltrexone, de pildă, este un narcotic antagonist care blochează efectele heroinei. De asemenea, împiedică alcoolul să exercite influenţă asupra endorfinelor, distrugând astfel cele mai obişnuite motive de a bea. Dacă iei naltrexon, n-o să găseşti nici o plăcere în substanţa de care abuzezi. Medicamentul a avut succes şi la ajutarea oamenilor să spargă tiparele dependenţei, deoarece subminează dorinţa motivaţională.[304]

Cea mai veche referinţă scrisă la marijuana se găseşte într-un text

chinezesc din secolul al XV-lea î.Hr. despre remediile bazate pe plante, însă ea a devenit obişnuită în Occident abia când armata lui Napoleon a adus-o din Egipt.[305] Asemenea alcoolului, marijuana interferează cu somnul paradoxal. Creierul are un receptor specific, ce reacţionează la cel puţin una dintre substanţele chimice pe care le conţine fumul de marijuana, ce vizează unul dintre numeroasele circuite ale plăcerii–recompensei din creier. Marijuana este demotivantă şi, prin aceasta, imită simptomele depresiei. Sevrajul este neplăcut, dar nu chinuitor (ca în cazul heroinei), nici cu potenţială ameninţare de pierdere a vieţii (ca în cazul alcoolului), nici prelungit (ca în cazul cocainei), aşa încât se spune adesea că acest drog nu creează dependenţă. Marijuana te încetineşte şi poate fi folosită ca medicament anxiolitic; de fapt, depresia agitată poate să fie redusă cu marijuana. Întrucât marijuana nu e disponibilă legal, sunt greu de controlat cantităţile şi proporţiile ingerate; şi, din cauză că frunza uscată fumată sau pirolizată are cam patru sute de componente identificabile, consecinţele celor mai multe dintre ele nefiind cunoscute, efectele nu sunt pure. Folosirea ocazională a marijuanei de către o persoană care nu este dependentă pentru a îmblânzi o depresie foarte agitată nu este un mod nerezonabil de autotratare. Cu toate că, în prezent, se studiază intens folosirea medicală a marijuanei, aceste studii nu s-au concentrat până acum pe folosirea ei pentru probleme psihiatrice. Folosirea regulată a marijuanei devine demotivantă şi „are modificări neuro-cognitive reale, care ar putea să devină permanente pe plan fiziologic dacă eşti euforic tot timpul“, spune McDowell. De asemenea, marijuana are, desigur, toată toxicitatea ţigărilor, provocând plămânului vătămări semnificative.[306]

*

Drogurile tari sunt cele care provoacă morbiditate mare; cafeina este un stimulant, şi tot asta e şi cocaina, însă cocaina e clasificată drept drog tare, deoarece produce mult mai multă dependenţă şi are un efect mai rapid asupra creierului. La drogurile tari, există probabilitatea cea mai mare să devină deprimante – parţial pentru că sunt super-ilegale, iar procurarea lor poate să ne bage în mare bucluc; parţial întrucât sunt scumpe; parţial deoarece, de obicei, sunt impure; parţial fiindcă oamenii care abuzează de ele tind să abuzeze şi de alcool; parţial din cauza felului în care acţionează asupra sistemului nostru nervos central. La rudele celor care abuzează de stimulante se constată procente mari de depresie. Aceasta pare să indice faptul că predispoziţia genetică la depresie poate să preceadă folosirea cocainei şi a altor stimulante. Doar circa 15 la sută dintre oamenii care au încercat cocaina

devin dependenţi de ea, dar pentru cei care au această înclinaţie cocaina este drogul care creează cea mai mare dependenţă dintre toate.[307] Unii cobai aleg în mod constant stimulante de tipul cocainei în locul hranei sau sexului şi, dacă li se dă acces nelimitat la ele, folosesc aceste stimulante până ce mor epuizaţi.[308]

Cocaina este un antidepresiv scump; ea produce o prăbuşire imensă, care ajunge la maxima negativă între patruzeci şi opt şi şaptezeci şi două de ore după euforie.[309] „E un drog murdar, care afectează totul“, spune David Mc Dowell. „Şi-ţi goleşte permanent rezervele de neurotransmiţători, aşa încât te prăbuşeşti.“[310] Prăbuşirea este caracterizată de senzaţii intense de agitaţie, depresie şi oboseală. Se pare că şuvoiul de dopamină care este eliberat când suntem în euforia creată de amfetamine sau de cocaină goleşte, de fapt, rezervele de dopamină, având ca rezultat reducerea nivelului de dopamină din creier. Herbert Kleber de la Columbia spune: „Dacă prăbuşirea ar fi destul de urâtă, nimeni n-ar mai folosi cocaină; iar dacă prăbuşirea ar fi destul de blândă, n-ar mai conta dacă oamenii o folosesc. Prăbuşirea declanşată de cocaină e cea care face întărirea negativă, care-i duce pe oameni la disperare.“ Cu cât devii mai dependent, cu atât mai puţină plăcere ai, şi cu atât mai multă suferinţă vine după plăcere. Cocaina şi amfetaminele par să afecteze negativ multe sisteme de neurotransmiţători, nu numai al dopaminei, ci şi pe cel al norepinefrinei şi al serotoninei. Cu toate acestea, la unii oameni dorinţa intensă de droguri poate să persiste decenii întregi după ce au renunţat la ele.[311]

Folosirea continuă a cocainei exacerbează simptomele depresive. O cură de zece săptămâni de antidepresive îl ajută adesea pe cel care vrea să renunţe la cocaină să parcurgă urmarea prelungită a prăbuşirii,[312] dar, în funcţie de condiţiile de bază şi de vătămarea neurologică, depresia s-ar putea să necesite tratament permanent. Folosirea regulată a cocainei sau a amfetaminelor poate să provoace vătămări permanente ale sistemelor dopaminice din creier, dând o linie fundamentală fiziologică depresivă permanentă.[313] Cocaina este unul dintre câteva droguri ce pot fi numite augmentatori pe termen lung ai depresiei. Ea pare să modifice funcţionarea mecanismelor anxietăţii din creier prin modificarea nivelurilor factorului eliberator de corticotropină (*corticotropin releasing factor* – CRF).[314] Nu este limpede dacă creierul are sau nu, sau când anume are, suficientă plasticitate pentru a-şi reveni din aceste schimbări. Unele creiere par să fie în stare să compenseze mai bine decât altele. Creierul la care ajung antidepresive, creier care are capacitatea să

se cufunde în depresie gravă, este un organ cu echilibru delicat. Părţi ale creierului care sunt implicate în dependenţă şi drogurile de care se abuzează sunt implicate şi în reglarea stărilor de spirit şi sunt înrudite îndeaproape cu tulburările afective. Golirea rezervelor de dopamină şi perturbarea factorului eliberator de corticotropină într-un astfel de creier înseamnă o invitaţie la dezastru. Dacă ai o înclinaţie cât de mică spre depresie, nu folosi cocaină: indiferent cât de bine te-ai simţi în timpul puseului de energie iniţial, te vei simţi îngrozitor după aceea, mult mai rău decât ar putea să merite.

Am luat cocaină când eram la facultate, şi mi s-a părut că n-are nici un farmec. Am încercat-o iar după un deceniu şi a fost o experienţă cu totul diferită – poate că din pricina înaintării în vârstă; poate că din cauza unui creier mult mai vulnerabil în urma depresiei mele; poate că din cauza antidepresivelor pe care le luam. Îmi dă un soi de energie extatică, exuberanţă sexuală şi sentimentul că am puterea unui supererou – care sunt fantastice. Ajung în punctul în care nu sunt în stare să înşir o frază şi puţin îmi pasă dacă n-am să mai fiu niciodată în stare să înşir o frază. Îmi dau seama că soluţiile la orice sunt simple şi directe. Când eşti euforic din pricina cocainei, memoria ţi se întrerupe destul de mult ca trecutul să nu-ţi mai poată împovăra viitorul. Fericirea chimică a unei doze zdravene de cocaină pare cât se poate de vagă. Îmi amintesc cum şedeam, cu nasul amorţit, spunându-mi că, dacă aş putea să îngheţ viaţa în acea clipă, aş face-o şi aş rămâne acolo pe veci. Nu folosesc aproape niciodată drogul, dar ideea că nu l-aş dori niciodată e ridicolă. M-am îndrăgostit de cocaină în acele prime minute ale puseului de energie. Spectrul dezechilibrării creierului meu şi al mahmurelii devastatoare sunt cele care mă ţin departe de euforia dată de cocaină.

Opiaceele, altă clasă de substanţe toxice de care se face mare abuz, sunt extrem de periculoase, parţial din cauza felului în care sunt consumate; şi sunt depresive, ceea ce înseamnă că nu fac mare lucru pentru depresie. Pe de altă parte, nu duc la acel soi de prăbuşire disperată provocată de cocaină. Între un sfert şi jumătate dintre opiomani sunt depresivi.[315] Opiaceele, printre care şi opiul, heroina şi medicamentele eliberate pe reţetă, ca demerolul, sunt pentru minte ceea ce este pentru corp poziţia fetală. Opiaceele şterg timpul, aşa încât nu-ţi poţi aminti de unde îţi vin gândurile, nu poţi spune dacă sunt noi sau vechi, nu le poţi face să interacţioneze între ele. Lumea se închide în jurul tău. Ochii tăi pot să proceseze doar câte un obiect, iar mintea ta poate cuprinde doar câte un gând, şi nu-ţi pasă cu adevărat ce faci, deoarece prezentul a devenit neclar şi fragmentat, aşa cum amintirile sunt, de obicei,

neclare şi fragmentate. Euforia creată de opiacee durează ore întregi. Este o experienţă a perfectei lipse de dorinţă. N-am luat niciodată heroină, dar am fumat opiu, şi doar cu opiul am simţit că pur şi simplu nu vreau nimic: să mă scarpin în cap, să mănânc, să dorm, să mă ridic, să mă culc, să fac planuri, să fiu cu adevărat măreţ, să-mi amintesc de prieteni. Este un drog care nu favorizează intimitatea; îmi ucide impulsurile sexuale şi mă izolează de alţi oameni, aşa încât zac cu ochii goi, privind undeva, într-un punct aflat pe diagonală. Provoacă lâncezeală fericită, o lenevire pe care oamenii foarte dinamici n-o pot simţi în vreun alt fel. Ea implică, de asemenea, un fel de absenţă pe termen scurt a memoriei („I-am spus ceva acelei persoane?“, „Ştiu cine e acela?“), care, când ţine puţin, reprezintă o stare euforică – iar când e prelungită poate sugera boala Alzheimer. Scriind acestea, îmi amintesc cum opiul mi-a eliberat creierul şi m-a transformat într-un om-balon care plutea senin prin aer. Opiaceele sunt clasificate ca depresive, dar efectul lor nu e simpla suprimare a sentimentelor; e un fel de bucurie care vine din faptul că ţi s-au suprimat sentimentele. Cu opiaceele, poţi scăpa de depresia anxioasă. Euforia declanşată de opiacee arată ca o variantă paradiziacă a vieţii, în care a nu face nimic e cu totul suficient.

La persoanele care au renunţat la heroină sau la alte opiacee şi sunt ţinute fie fără drog, fie pe metadonă,[316] apare o rată înaltă a depresiei. Neurologii spun că e din pricina vătămărilor organice produse creierului. Psihologii spun că e pentru că aceşti oameni erau dinainte depresivi, iar depresia i-a dus la dependenţă. Oricum ar fi, prognoza stării tale de spirit după abuzul prelungit de opiacee nu e bună. Perioada de sevraj în cazul opiaceelor este cumplită; dorinţa e puternică, iar depresia slăbeşte voinţa, făcând ca renunţarea să fie mult mai grea. Pe de altă parte, heroina nu creează o dependenţă atât de mare cât sugerează retorica „războiului împotriva drogurilor“. În timpul Războiului din Vietnam, cea mai mare parte a trupelor terestre foloseau heroină, şi exista teama că, la întoarcerea lor în SUA, vor trebui să dea o luptă crâncenă cu drogul. În realitate, studiile au arătat că cei mai mulţi dintre veteranii din Vietnam au folosit heroină cel puţin o dată de la întoarcere, dar numai o mică proporţie dintre ei au dependenţă continuă.[317]

Halucinogenele şi „drogurile de club“ (ecstasy/MDMA, Special K/ketamina, GHB) reprezintă altă clasă de substanţe toxice de care se abuzează. Preferatul meu (şi ultima dintre preferinţe) este, probabil, ecstasy, pe care l-am luat doar de patru ori. Am salvat o relaţie aflată în cumpănă când am luat E şi am spus o mulţime de lucruri pe care le simţeam, dar nu fusesem

în stare să le rostesc. Relaţia a mai continuat un an şi mă întreb dacă nu cumva, cu încă o doză de E la fiecare şase luni, n-am fi putut ajunge la o căsătorie fericită. În condiţiile cele mai bune, sunt genul de idealist pasionat, iar când iau E îmi dau seama că pot salva lumea, şi asta mă entuziasmează. Încep prin a le declara o iubire uriaşă tuturor celor la care pot ajunge. Soluţiile la toate problemele mele devin limpezi. Din păcate, soluţiile pe care le născocesc se dovedesc, de obicei, când revin pe pământ, destul de nesatisfăcătoare. Nu mi-ar rezolva toate problemele (nici pe ale lor) dacă m-aş căsători cu cineva din familia regală britanică, şi nu există nici o cale rapidă de a atinge acest obiectiv. N-ar fi o idee bună să numesc această carte *Poeme din Partea întunecată* sau *Cărticica de aur a depresiei*[318]. N-am calificarea necesară pentru a deveni instructor de schi profesionist în Argentina sau oriunde altundeva. Dar, cu toate că luciditatea e falsă, senzaţia de luciditate e încântătoare. Ecstasy îmi mai dă şi o incredibilă mahmureală de trei zile, când mă dor fălcile, am gura uscată şi în capul meu pare să fie Revoluţia Franceză. În general, n-am mahmureli urâte după alcool sau după alte droguri, dar perioada lungă de cădere după ecstasy a fost suficientă ca să mă împiedice să-l iau în mod regulat.

Când citesc farmacologia clinică la ecstasy, mi se întoarce stomacul pe dos. Ideea că am îngăduit vreodată unei astfel de substanţe să pătrundă în trupul meu mă îngrozeşte. În dozele folosite în scopul destinderii (între o sută şi o sută cincizeci de miligrame), ecstasy deteriorează axonii – partea celulei nervoase care atinge celelalte celule – ai serotoninei din creier la maimuţe şi la alte mamifere.[319] Dovezile arată ferm că le face acelaşi lucru şi oamenilor. Drogul provoacă, în esenţă, o explozie de serotonină şi dopamină, eliberând rezerve mari din aceste substanţe şi apoi deteriorând celulele în care sunt stocate. În plus, împiedică sinteza ulterioară a serotoninei. Cei care folosesc în mod regulat ecstasy au niveluri de serotonină mai scăzute decât ale altor oameni, uneori cu până la 35 la sută mai mici. Cercetătorii au raportat mai multe episoade în care o singură doză de ecstasy a declanşat o boală psihiatrică permanentă – uneori imediat, iar alteori după câţiva ani. Persoanele depresive nu sunt în situaţia în care să-şi îngăduie scăderea nivelului serotoninei şi, prin urmare, trebuie să se ţină cât mai departe de acest drog. „Dacă iei o cantitate mare din el pe o perioadă lungă, îţi poţi distruge capacitatea de a fi fericit; poate să provoace pe termen lung efectele adverse pe care cocaina le provoacă pe termen scurt“, spune David McDowell de la Columbia despre acest drog. „Bobocii îl adoră; studenţilor

din anul doi le place; pe cei din anul trei îi îngrijorează; pe cei din anul patru îi sperie. Alcoolul poate să-ţi devină cel mai bun prieten, dar ecstasy nu poate. Spaima mea reală este că mulţi oameni care au folosit mult ecstasy în ultimele două decenii o să creadă că sunt bine, şi apoi, când împlinesc cincizeci de ani, o să se năruiască dintr-odată. Pacienţii depresivi care iau acest drog? Le spun: «Peste douăzeci de ani vreţi să trebuiască să luaţi trei medicamente – sau zece?»“

Benzodiazepinele (benzourile) – valiu, xanax, klonopin –[320] şi verii lor ambien şi sonata sunt, poate, cele mai derutante medicamente dintre toate: creează dependenţă şi sunt utile în problemele psihiatrice. Sunt foarte eficiente împotriva anxietăţii, dar, din cauză că au un grad mare de toleranţă încrucişată la barbiturice şi alcool, de obicei nu trebuie prescrise persoanelor la care există probabilitatea să abuzeze de aceste substanţe.[321] Benzodiazepinele sunt o modalitate validă pe termen scurt de a te ocupa de ceva care necesită o soluţie atât imediată, cât şi pe termen lung. Ideea este să treci pe alte medicamente, care să-ţi permită să elimini treptat benzodiazepinele şi apoi să le foloseşti doar în scop de reglare, în zilele în care ai nevoie cu adevărat de ajutor. A lua benzodiazepine zilnic, pe termen lung, e un lucru necugetat şi periculos. Benzodiazepinele vândute cel mai adesea pe stradă sunt cele cu acţiune pe termen scurt, de tipul rohypnolului,[322] numite „drogul violului“, din cauză că provoacă o stare temporară în care nu poţi să te exprimi sau să te aperi. Totuşi, în general, de benzodiazepine abuzează persoane cărora le-au fost prescrise. E bine totdeauna să te gândeşti de două ori înainte de a lua o benzodiazepină, iar, dacă vezi că ai nevoie să măreşti dozele, e bine să-ţi dai seama de ce. Acoperirea simptomelor cu benzodiazepine e ca şi cum ai lua antacid pentru cancer la stomac.

Sunt mare fan al benzodiazepinelor, deoarece cred că xanaxul mi-a salvat viaţa când mi-a ameliorat iraţionala anxietate. Am folosit xanax şi valiu pentru somn în perioadele agitate. Am trecut prin minisevraj de benzodiazepine de vreo duzină de ori. E important să foloseşti benzodiazepinele doar în scopul lor principal, adică la reducerea anxietăţii; ele fac aceasta foarte consecvent şi la niveluri foarte potrivite. Când anxietatea mea e mare, am nevoie de mai multe benzodiazepine; când e moderată, am nevoie de mai puţine. Cu toate acestea, sunt conştient de primejdiile acestor medicamente. Am făcut mici incursiuni în abuzul de substanţe toxice, dar n-am fost niciodată dependent de ceva până ce mi s-a prescris xanax. Am încetat brusc să iau medicamente la sfârşitul primei dăţi

când m-am confruntat cu depresia. N-a fost o strategie bună. Simptomele sevrajului de xanax – pe care l-am luat la recomandarea medicului timp de câteva luni, în doză medie de două miligrame pe zi – au fost oribile. Cel puţin trei săptămâni după ce n-am mai luat xanax, n-am putut să dorm bine şi mă simţeam anxios şi ciudat de şovăielnic. De asemenea, mă simţeam tot timpul ca şi cum aş fi băut în noaptea dinainte câteva vedre de coniac ieftin. Mă dureau ochii şi-mi era greaţă. Noaptea, când nu eram adormit cu adevărat, aveam necontenit coşmaruri îngrozitoare, într-o stare pe jumătate trează, şi mă tot ridicam în capul oaselor, cu inima bubuind.

Am renunţat la zyprexa, medicamentul care m-a salvat din minicăderea psihică, la câteva săptămâni după ce am terminat o primă versiune a acestei cărţi, şi am avut altă rundă de sevraj acut. M-am silit să trec prin ea, deoarece zyprexa mă făcuse să mă îngraş cu peste opt kilograme în opt luni, dar, când am renunţat la medicament, m-am simţit nespus de rău. Sistemul meu dopaminic era dereglat şi eram neliniştit, retras şi înfrânt. Aveam un nod în capul pieptului, ce părea că mi se strânge ca un laţ în jurul stomacului. Dacă n-aş fi sperat că va fi mai bine, m-aş fi gândit la sinucidere. Senzaţia îngrozitoare de încordare era mai rea decât orice altă senzaţie de care-mi aminteam. Îmi tot împungeam cu degetul micul burduhan, întrebându-mă de ce sunt atât de vanitos. Mă întrebam dacă n-aş putea să-mi controlez greutatea în timp ce iau zyprexa, făcând o mie de exerciţii pentru abdomen în fiecare zi, dar ştiam că, atâta vreme cât luam zyprexa, nu aveam puterea să fac nici măcar o sută de astfel de exerciţii abdominale în fiecare zi. Renunţarea la zyprexa mi-a amplificat toate energiile – la fel de strident ca o piesă muzicală frumoasă care devine brusc chinuitoare şi distorsionată dacă dai volumul boxelor mult prea tare. Era iadul pe pământ. Am răbdat trei săptămâni nesfârşite; şi, cu toate că n-am avut o cădere psihică, la sfârşitul celei de-a treia săptămâni eram atât de pleoştit, încât nu mă mai interesa să văd dacă organismul meu poate să-şi readucă la normal sistemul dopaminic. Am ales să fiu gras şi funcţional, nu suplu şi jalnic. M-am silit să renunţ la dulciurile pe care le iubesc dintotdeauna şi să fac în fiecare dimineaţă nouăzeci de minute de gimnastică, stabilizându-mă la o greutate care nu-mi plăcea. Am redus treptat doza la jumătate. Am scăpat curând de cinci kilograme. Ca să-mi menţină energia câtă vreme luam zyprexa, psihofarmacologul meu a adăugat dexedrină. *Încă* o pilulă? Ce mama naibii! O iau doar când mi-e cel mai rău.

Nu mai iau regulat xanax, dar sunt oare dependent de micul cocktail de

antidepresive – effexor, wellbutrin, buSpar şi zyprexa – care mi-a permis să scriu această carte? Am dependenţă? Versiunea cea mai acută a acestei întrebări este dacă medicamentele pe care le-am luat o să rămână toate legale. Heroina a fost creată iniţial de cei care au creat aspirina Bayer, ca medicament pentru tuse,[323] iar ecstasy a fost brevetat de farmacologi din Germania[324] înainte de al Doilea Război Mondial. Medicamentele se plimbă mereu din lumea medicinei către lumea abuzului şi înapoi. În prezent, se pare că acceptăm orice medicament care nu perturbă în mod esenţial funcţionarea. Mă gândesc la efectul pe care l-a avut zyprexa în ultima mea rundă de luptă cu depresia. Ce face cu adevărat zyprexa în creierul meu? Dacă renunţarea la zyprexa mi-a dat toate simptomele acelea de agitaţie şi nelinişte ale sevrajului înseamnă că era un medicament pe care mă bazam? Cum aş reacţiona dacă mi-ar spune cineva că, în urma unor descoperiri recente, zyprexa a fost trecut în rândurile duşmanilor din războiul cu drogurile?

Michael Pollan a susţinut în *New York Times Magazine* că, de fapt, nu există vreo bază cu adevărat coerentă pentru a declara substanţele drept legale sau ilegale, şi scrie: „Mass-media sunt pline de reclame farmaceutice străvezii ce promovează nu numai alinarea durerii, ci şi plăcerea şi chiar satisfacţia; în acelaşi timp, Madison Avenue[325] trudeşte la fel de mult să demonizeze alte substanţe în numele unei «Americi fără droguri». Cu cât cheltuim mai mult pe cultul medicamentelor bune (anul trecut, douăzeci de miliarde de dolari pe medicamentele eliberate pe reţetă), cu atât mai mult cheltuim în lupta cu cele rele (şaptesprezece miliarde de dolari în acelaşi an). Urâm medicamentele. Iubim medicamentele. Sau poate că urâm faptul că iubim medicamentele?“[326] În principiu, drogurile care creează dependenţă, ilicite, împiedică mulţimile de la toate celelalte activităţi, în vreme ce antidepresivele te fac să funcţionezi mai bine decât fără ele şi nu produc vătămări pe termen lung. În schimb, William Potter, care înainte a condus Departamentul Farmacologic al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), comentează: „Am hotărât că substanţele care te împiedică să ai răspunsul afectiv adecvat nu sunt acceptabile. Iată de ce cocaina este ilegală. Apar prea multe probleme când nu mai detectezi semnele de avertizare şi ameninţările. Plăteşti pentru o euforie excesivă. Ce spun nu-i moralizator; nu-i decât observaţia mea.“ „Nimeni nu simte o poftă intensă de zoloft“, spune Steven Hyman. „Nimeni n-ar ucide vreodată ca să capete o pastilă de zoloft.“ De asemenea, nici nu produc euforie, nici nu exagerează relaxarea. Nu se spune despre un diabetic că e dependent de insulină. Poate că accentul pus de

societatea noastră pe satisfacţia amânată e oare atât de intens, încât pur şi simplu preferăm medicamentele care te fac să te simţi rău (efectele secundare) şi apoi bine (efecte asupra stării de spirit), şi nu pe cele care te fac să te simţi bine (euforic) şi apoi rău (mahmureala)? Şi totuşi, antidepresivele din noua generaţie sunt steroizi anabolici pentru creier? Psihiatrul Peter Kramer, în celebra sa carte *Listening to Prozac*, se întreabă dacă persoanele care au luat aceste medicamente au un avantaj necinstit, creând astfel asupra celorlalţi presiunea de a le lua şi ei. Vor reproduce ele efectul modernizării, care n-a fost să le ofere oamenilor timp, ci să crească aşteptările şi să accelereze viaţa? Suntem pe pragul creării unei rase de supermeni?

Cu siguranţă, e adevărat că e greu să renunţi la antidepresive; în doi ani, am încercat de trei ori să renunţ la zyprexa şi am eşuat de fiecare dată. Poate fi foarte dificil să determini oamenii să nu mai ia inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei. Medicamentele nu sunt băuturi alcoolice, dar te fac să te simţi mai bine şi au cu adevărat o mulţime de efecte secundare adverse – în cea mai mare parte, adverse pentru individ, nu pentru societate, dar nu mai puţin adverse în mod distinct. Simt o oarecare îngrijorare pentru starea mea generală de sănătate mintală, şi sunt foarte atent la reajustarea chimiei mele cerebrale: sunt îngrozit să nu mă prăbuşesc iar în genune, şi nici o euforie nu poate să merite acest preţ. În prezent, sunt prea neîncrezător în drogurile de destindere ca să pot obţine prea multă plăcere de la ele. Dar în rarele ocazii în care le-am luat şi am avut stare de euforie, a trebuit să compar această senzaţie impetuoasă cu efectul medicamentelor prescrise, pe care mă bazez acum. Mă întreb dacă nu cumva permanenta reaşezare a personalităţii mele cu o treaptă mai sus nu se înrudeşte într-un fel cu o năvalnică euforie. De fapt, scriu destul de bine în stările modificate: am dat la iveală o bucată de proză bună după o noapte de băut şi am scos nişte idei pe când pluteam din cauza cocainei. Sigur că n-aş vrea să fiu tot timpul în nici una dintre aceste stări, dar mă întreb până unde mi-aş sălta personalitatea dacă ar fi posibil orice. Nu încape îndoială că aş duce-o cu câteva trepte mai sus decât este acum. Mi-ar plăcea să dispun de o energie nelimitată, de o precizie promptă şi de evidenta vioiciune a lui Wayne Gretzky,[327] să zicem. Oare dacă aş găsi o substanţă care să-mi confere aceste însuşiri, ar fi neapărat una ilegală? Se bate multă monedă pe faptul că medicamentele antidepresive nu produc alinare nemijlocită, în vreme ce multe dintre substanţele toxice de care se abuzează îţi dau cât se poate de rapid starea de euforie dorită. Să fie oare pur şi simplu viteza efectului care ne deranjează atât de mult, acel straniu

fenomen de „vrăjit chiar sub ochii tăi“[328]? Dacă ar născoci cineva o pudră care să nu diminueze cantitatea de neurotransmiţători şi să nu provoace o cădere psihică, în schimb să-mi îngăduie să acţionez ca Wayne Gretzky câtă vreme o inhalez o dată la cinci ore – ar trebui neapărat să fie ilegală?

După părerea mea, nu mai sunt independent. Medicamentele sunt scumpe, chiar dacă sunt livrate regulat şi comod. Nu mă deranjează ideea că mă bizui pe ele, nici ideea că această bizuire e verişoara dependenţei. Câtă vreme dau rezultate, sunt mulţumit să le iau. Ţin în buzunar pilule tot timpul, în fiecare zi, ca să le am dacă, din cine ştie ce motiv, nu ajung acasă într-o seară. Iau cu mine în avion flacoane cu pilule, căci m-am gândit totdeauna că, dacă avionul e să fie deturnat şi să fiu luat prizonier, o să încerc să ţin medicamentele ascunse. Janet Benshoof îşi aminteşte că a fost ţinută în închisoare în Guam şi şi-a sunat de acolo psihiatrul. „Îl scosese din minţi gândul că am o depresie în închisoare, ca să nu mai vorbesc de sevraj, şi încerca din răsputeri să-mi trimită antidepresive, trecând prin sistemul de pază. Era o chestie de isterie; şi eu eram isterică.“

Înghit vreo douăsprezece pilule pe zi, ca să mă feresc să ajung prea jos. Sincer, dacă aş putea obţine acelaşi efect cu două păhărele (şi cunosc persoane care pot), ar fi o alternativă cu totul mulţumitoare, câtă vreme nu le-aş transforma în trei păhărele ori patru păhărele ori opt păhărele – ceea ce, dacă lupţi cu depresia, de obicei se întâmplă. Dependenţa de alcool poate fi deplin acceptabilă pe plan social, chiar dacă afectează somnul paradoxal. Mă fermeca una dintre cunoştinţele mele care, fix la ora şase, exclama, în timp ce-şi turna încetişor whisky: „Fiecare fibră din făptura mea strigă după alcool.“ Îşi aranjase viaţa în aşa fel, încât să facă loc capriciilor sale de seară, şi cred că era o viaţă fericită, cu toate că, vizitând o familie de mormoni, unde nu se găsea alcool, cu greu a făcut faţă serii. Ar fi stupid să-l pui pe un astfel de om mai degrabă pe prozac. În cazul altor substanţe, legea creează adesea necazuri, în loc să le controleze – sau, cum zice Keith Richards: „N-am o problemă cu drogurile; am o problemă cu poliţia.“[329] Am cunoscut oameni care foloseau marijuana şi chiar cocaină într-un fel controlat şi disciplinat, care le îmbunătăţea starea de spirit şi trupească. Cartea lui Ann Marlowe *How to stop time: Heroin from A to Z* descrie în mod convingător tratarea rezonabilă controlată a stării de spirit cu ajutorul heroinei. Mulţi ani ba a luat, ba n-a luat heroină, fără să devină vreodată dependentă.

Marea problemă a autotratării cu medicamente, mult mai gravă decât alegerea substanţei nepotrivite, este faptul că adesea e stupidă şi lipsită de

suficiente informaţii. „Mă ocup de persoane care abuzează grav de cocaină“, spune David McDowell de la Columbia. „Persoane care iau pe zi cocaină de o sută cincizeci de dolari, cel puţin douăzeci şi două de zile pe săptămână. Şi nu le place ideea de a lua medicamente, li se pare că sună nefiresc. Spre deosebire de ceea ce capătă de la Billy-traficantul! Aceste substanţe sunt nereglementate şi cu totul îndoielnice.“

Mulţi dintre cei citaţi în această carte au avut probleme serioase cu abuzul de substanţe toxice, şi mulţi dintre ei au dat vina, pentru depresia lor, pe acele substanţe. Tina Sonego este neobişnuit de sinceră în privinţa interacţiunii celor două feluri de probleme. E o femeie de o vitalitate neobişnuită, cu mult simţ al umorului şi o mare rezistenţă. Pe parcursul a trei ani, a cincizeci de scrisori şi a zeci de e-mailuri, ea a realizat faţă de mine o apropiere construită pur şi simplu pe presupuneri. S-a apucat „să purific[330] pe hârtie stările mele de spirit sumbre“, după descrierea ei, iar rezultatul a fost o serie remarcabilă de dovezi despre stări de spirit ascendente şi descendente. Bătăliile sale cu atitudinea suicidară, şi cu dependenţa, şi cu depresia sunt atât de strâns împletite, încât este aproape cu neputinţă să vezi unde se sfârşeşte una şi începe alta.

Tina Sonego e stewardesă pe o linie aeriană charter, care transportă militari din SUA la posturi şi clienţi care se duc în croaziere şi concedii în grup. Se autointitulează „făcătoare pe plac oamenilor“, care şi-a petrecut toată viaţa străduindu-se să fie suficient de drăguţă cu semenii, ca aceştia s-o placă. „Sunt amuzantă“, spune, „şi viguroasă, şi drăgălaşă, şi sexi – sunt tot ce îţi poţi dori de la o stewardesă. Creez ataşamente afective cu totul fericite cu pasagerii mei, după care aceştia pleacă.“ E la mijlocul anilor săi patruzeci, şi stilul său optimist contrazice lupta de o viaţă cu depresia şi alcoolismul. Are o minte ageră, dar „inteligenţa nu însemna nimic în familia mea; nimeni nu se gândea măcar la ea“, şi, dat fiind că suferă de dislexie, n-a urmat nimic după liceu. Bunica sa era servitoare de la care stăpânul aştepta servicii sexuale, în Maroc; bunicul era tâmplar de mobilă, care cultiva acolo haşiş pentru export. S-a născut din prima generaţie de imigranţi din ambele părţi şi a crescut într-o enclavă marocană din California, vorbind în casă un amestec de franceză, spaniolă şi arabă. Boala mintală n-avea ce căuta în această lume. „Puneam întrebări care nu-şi aveau locul în casa noastră. Aşa că am învăţat să joc un rol, şi aveam un personaj exterior, ca nimeni să nu vadă vreodată femeia tristă – căreia îi e silă de sine – dinăuntrul meu. Eram sfâşiată în două. Şi depresia e ceea ce s-a petrecut când cele două jumătăţi s-au ciocnit.“ Tatăl Tinei era

mereu prost dispus, poate că depresiv, un bărbat care trebuia protejat de orice lucru supărător; mama ei „are nevoie de tandreţe, dar nu oferă nimănui. Mi-a spus acum mulţi ani: «Draga mea, nu pot să mă fac mai sensibilă doar ca să te-nţeleg pe tine.» Sora ei era la fel. Ne uitam, acum câţiva ani, la televizor împreună, şi am zis: «Cine-i personajul ăla?» şi mi-a povestit tot ce se-ntâmplase în viaţa acelui pesonaj în ultimii douăzeci de ani. Habar n-are însă cu ce tip mă-ntâlnesc eu. Am crescut gândindu-mă că sunt marfă deteriorată.“ După ce tatăl Tinei a murit, mama s-a recăsătorit. Tina îşi adoră tatăl vitreg şi-i atribuie un mare merit pentru sănătatea ei relativ bună din prezent.

Tina a avut prima cădere psihică deplină la nouăsprezece ani, în timpul unei călătorii prin Israel, când intenţiona să scrie o carte despre kibbutzuri. A venit sora ei s-o salveze şi s-o aducă acasă. După câţiva ani, a hotărât să se mute la Roma, ca să fie împreună cu bărbatul pe care-l iubea, dar, când a ajuns acolo, „relaţia a devenit metalică, actul sexual era mai mult decât cu neputinţă şi nu aveam nimic de spus“. S-a cufundat în altă depresie. Asemenea multor depresivi care abuzează de substanţe toxice, suferea de un pronunţat dezgust de sine şi era atrasă de persoane delincvente, care să se poarte violent cu ea. La câţiva ani de la episodul cu Roma, s-a căsătorit cu un danez şi s-a mutat la Copenhaga. Asta a durat mai puţin de doi ani; după ce amanta soţului a fost omorâtă, au fost interogaţi amândoi vreme îndelungată. Cu toate că au fost eliberaţi amândoi, căsătoria era distrusă; el a dat-o afară din casă, iar ea a avut altă cădere psihică. Făcea, în acea vreme, serviciul pe avioane care transportau soldaţi în operaţiunea „Furtună în deşert“. Se afla într-o escală la Roma şi a simţit brusc că nu poate continua aşa. „Încă îmi amintesc acel moment. Am comandat o salată cu carne de pui; avea gust de cretă. Ştiam că sunt depresivă. Şi am luat-o la vale repede de tot. Atunci m-am apucat cu adevărat de băut. Făceam orice ca să-mi fie al naibii de rău. Îmi pierdeam cunoştinţa, şi beam, şi-mi pierdeam cunoştinţa, şi beam, şi-mi pierdeam cunoştinţa, şi beam. Lăsam totdeauna bilete de sinucigaş: dacă nu mă mai trezesc, sunaţi-o pe mama. Foloseam alcoolul ca să mă omor. Era cel mai simplu drog pe care-l cunoşteam; era ieftin; era la îndemână. Şi e onorabil.“

S-a internat într-un spital de psihiatrie din Carolina de Sud, care era „ca o zonă de aşteptare a aprobării de aterizare, unde se presupunea că trebuie să te dreagă. Pe noi, cei depresivi, nu ne băga nimeni în seamă, pentru că nu făceam gălăgie, ca nebunii ceilalţi. Mă simţeam ca Chicken Little,[331] de parcă se prăbuşea cerul. Oh, neliniştea aceea! Neliniştea în depresie e sentimentul

că ai o taină îngrozitoare, şi toţi o s-o afle, iar tu nici măcar nu ştii care e taina.“ A luat antidepresive şi alte medicamente prescrise şi le-a amestecat cu alcool, încercând să învingă neliniştea. Ca urmare, a avut două crize de epilepsie şi a ajuns în stare de inconştienţă la alt spital, unde a zăcut trei zile.

Pentru Tina, depresia nu înseamnă amorţeală, ci durere. „Mă simţeam ca un burete îmbibat de tulburare sufletească, greu şi umflat. Durerea mea nu era tăcută. Stăteam trează toată noaptea, scriindu-i pe întuneric scrisori lui Dumnezeu. Nu eram născută să fiu fericită, voioasă, liberă. Dacă trupul meu ar acţiona după preferinţe, aş fi deprimată tot timpul. Când eram mică, mama îmi tot spunea: «Fii mulţumită, ori du-te în camera ta cu mutra aia acră.» Nu voiam să fiu aşa. Doar că aşa sunt eu.“ Interacţiunea cu alţi oameni e adesea extrem de dureroasă pentru Tina Sonego. „Pentru mine, cel mai chinuitor lucru lăsat de Dumnezeu pe pământ era să-mi dau întâlnire cu cineva. De obicei, vomitam în baie. M-am măritat, ca să scap de suferinţă – doare ca naiba când mă-ntreb de ce nu-mi dă nimeni întâlnire.“ Curând, Tina Sonego s-a recăsătorit cu un malaysian din SUA care a avut probleme cu justiţia şi s-a întors acasă. Ea l-a urmat în casa islamică tradiţională a mamei lui. Constrângerile au fost, pur şi simplu, mai presus de puterile ei. „Spirala prăbuşirii mele a fost rapidă când am fost acolo; mi s-a făcut mai dor de casă decât îmi fusese vreodată în douăzeci de ani.“

După ce s-a întors în SUA, a continuat să bea; era singura cale pe care o găsise ca să controleze neliniştea paralizantă. Se ducea periodic la dezalcoolizare şi-şi revenea parţial pentru scurtă vreme – până acum, a fost de patru ori la dezalcoolizare completă. Asigurarea sa nu acoperea tratamentul pentru dependenţă, dar s-a putut folosi de diagnosticul de boală mintală pentru acoperirea cheltuielilor. „Programul de dezalcoolizare? E ultima staţie înainte de Lourdes“, spune ea.

Tina Sonego s-a dus la prima ei întâlnire cu Alcoolicii Anonimi acum zece ani, şi programul i-a salvat viaţa. Îl descrie ca singurul loc în care a putut vreodată să fie sinceră cu ceilalţi. Programul n-a scăpat-o de depresie, dar i-a dat altă metodologie cu care s-o înfrunte. „Fără alcoolul din corpul tău care să încerce să şteargă emoţiile rele, ţâşnesc toate ca nişte artificii. Dar, slavă Domnului, cel puţin eram o beţivancă, şi puteam să fac ceva în privinţa asta. M-am dus la o întâlnire la Emotions Anonymous şi mi-a părut tare rău pentru oamenii aceia, pentru că nu aveau nimic de eliminat, nimic care să fie reparat. Beţivii sunt tipi foarte tari. Nimic nu se compară cu un beţiv care zice: «Păi, ai dat pe gât un păhăruţ pentru asta?» Pot vorbi cu ei despre depresie, de

parcă e proprietatea mea. E ca şi când iei o diplomă de la facultate, şi apoi ai dreptul să vorbeşti despre unele lucruri şi nu te simţi ciudat în privinţa lor. Asta vrem cu adevărat noi toţi, beţivii, cineva căruia să-i spunem povestea noastră, cineva care ştim c-o să ne asculte.“

Când a început să fie trează, Tina Sonego a fost disperată. „Asta a fost cea mai rea depresie pe care am avut-o vreodată. Asta a fost când m-am închis în apartamentul meu şi, pentru că nu puteam să iau vreo hotărâre, o lună întreagă am mâncat sandviciuri cu curcan şi salam. Depresia este o căutare a invalidării. Şi totdeauna poţi găsi din asta câtă vrei. Când eşti depresiv, tot cauţi dovezi că nu valorezi nimic. Am avut discuţia asta la Alcoolicii Anonimi: cine sunt cei care ne judecă? Şi mi-am dat seama că, dacă unul dintre cei care judecă nu-mi dădea răspunsul negativ de care aveam nevoie, găseam altul. Chiar şi acum, când am luat-o pe o linie ascendentă, o aud pe sora mea zicând: «A, încerci să te dai mare.»

Am trecut deja prin al cincilea, al şaselea, al şaptelea episod, şi e ca şi cum: «S-a întors! Ştiu ce se întâmplă!» Îmi aminteşte cum e când eşti captivat de un film, şi deodată apare genericul de final, şi te rostogoleşti înapoi în viaţa ta. Asta e senzaţia. De parcă s-a terminat filmul. Încă nu pot face nimic în privinţa asta. Dar ajungi în punctul în care îţi dai seama că n-o s-o ţină aşa la infinit, în care poţi fi în stare, în sfârşit, să aştepţi, pur şi simplu.“

S-a dus în continuare la întâlnirile Alcoolicilor Anonimi, de cinci ani deja – „e ca o tabără de vară pentru creierul tău“, spune ea. „Am obosit să tot încerc să aflu de ce. De ce am căderi psihice, de ce am devenit beţivă? Ar fi interesant să ştiu, dar la ce bun să pierd timpul: faptul că ştiu n-o să mă facă să mă simt mai bine. Trezia e ca o piramidă şi, de câte ori urcăm o treaptă, simţim că ajungem undeva, totuşi totdeauna mai e o treaptă de urcat. Când ne uităm în jos, nu putem vedea bine treptele pe care le-am urcat, aşa că ne simţim disperaţi, dar, dacă ne uităm în sus, o să vedem degetul lui Dumnezeu străpungând cerul şi o să ştim că suntem pe calea cea bună.“

Tina Sonego descrie momentul în care a simţit că a scăpat de băut şi de partea cea mai rea a depresiei. „Eram în Japonia, şi aveau florile acelea minunate în mijlocul unui magazin universal. Şi m-am oprit acolo, şi am atins florile, şi am zis: «Am o relaţie cu voi.» M-am uitat la florile acelea frumoase şi am zis: «Am o relaţie cu voi chiar acum.» Nu înseamnă că trebuie să dureze veşnic; nu înseamnă că trebuie să vă duc cu mine. Pur şi simplu, am o relaţie cu voi acum. Aşa că până în ziua de azi îmi amintesc florile acelea. Îmi amintesc bucuria pe care mi-au dat-o pentru o clipă.“ După câţiva ani,

„am avut o epifanie în aeroportul de la Frankfurt. Mă plimbam, beam cafea, fumam şi mă întrebam ce naiba se întâmplă în viaţa mea, pentru că simţeam ceva diferit. Şi nu ştiam ce este. Şi apoi, am ştiut. În cele din urmă, aveam o voce. Încă nu ştiam ce să fac cu ea, dar ştiam că am o voce.“

E o voce câştigată cu trudă, dar e ca de trâmbiţă. Tina Sonego poate să fie uimitor de optimistă; e o dansatoare de step bine antrenată, care urcă pe acoperişul hotelului în care stă şi exersează dansul şi respiră aerul nopţii.

„Mi-e dor de anii de foame. Doamne, ce dor mi-e de anii de foame. Mi-e dor de terapeuţii care se dădeau peste cap ca să mă facă bine. Şi mi-e dor de amploarea emoţiilor, chiar dacă erau emoţii rele. N-o să mai am niciodată o aşa amploare a emoţiilor, decât dacă mă prăbuşesc iar. Viaţa va fi totdeauna un experiment pentru mine după depresie, Marea Depresie. Dar am cules roadele depresiei – cu toate că l-aş fi plesnit peste mutră pe cel care mi-ar fi vorbit de asta când eram bolnavă. Am visul ăsta, să ne adunăm câţiva care am supravieţuit depresiei majore şi dependenţei şi să petrecm împreună o noapte, dansând şi râzând de Marea Depresie. Aşa arată pentru mine raiul.“

Am o personalitate foarte puţin înclinată spre dependenţă. Am trecut prin simptome de reacţie în timpul abstinenţei de la anumite substanţe, dar n-am avut niciodată compulsiunea de a consuma ceva. Un pahar nu mă face să vreau neapărat încă un pahar. O senzaţie bună, despre care ştiu că e periculoasă, nu mă cucereşte într-atât, încât să vreau altă senzaţie plăcută. N-am fost niciodată prea îngăduitor cu dependenţa până ce am început să iau zyprexa. Nu dependenţa faţă de zyprexa a schimbat lucrurile. Nu, a fost faptul că zyprexa mi-a distrus punctul final al poftei de mâncare. În prezent, pot să mănânc o masă absolut normală şi să mă simt tot înfometat, şi acea foame poate fi atât de aprigă, încât să mă scoată din casă în toiul nopţii ca să cumpăr mâncare. Stau cu foamea mea şi mă gândesc ce urâtă poate fi o burtă mare; îmi amintesc ore lungi de exerciţii fizice în care n-am ars decât câteva calorii. Apoi, simt că, dacă nu mănânc, o să mor – şi cedez, mă duc şi mă-ndop. Apoi, urăsc faptul că am făcut-o. Nu mă silesc să vomit, pentru că nu vreau să-mi creez un astfel de tipar; în plus, am un stomac de fier, aproape nimic nu mă poate face să vomit. Zyprexa m-a făcut dependent de mâncare, şi, la un moment dat, mă făcuse să pun pe mine douăsprezece kilograme şi jumătate. Dacă ai putea găsi ceva care să facă pentru libidou ceea ce face zyprexa pentru pofta de mâncare, ai crea o droaie de donjuani. Am aflat cum e să ai o pornire copleşitoare, fascinantă, faţă de consumul suicidar. În cursul fluctuaţiilor normale ale stărilor mele sufleteşti, buna dispoziţie îmi dă

autodisciplină şi mă abţin de la prăjiturelele cu ciocolată; proasta dispoziţie însă mă lasă fără acea putere. Depresia permite dependenţa. Împotrivirea la dorinţe consumă tare multă energie şi voinţă, şi, când eşti depresiv, e pur şi simplu prea greu să zici nu – la mâncare, la alcool, la droguri. E foarte simplu. Depresia te slăbeşte. Slăbiciunea e calea cea mai sigură către dependenţă. De ce ar trebui să spui „nu“, când „nu“ te duce doar la mai multă suferinţă?

Note

257. Faptul că există circa douăzeci şi cinci de substanţe toxice de care se abuzează în mod obişnuit a fost luat de pe site-ul National Institute of Drug Abuse, www.nida. nih.gov/DrugsofAbuse.

258. Mecanismul în trei faze al substanţelor toxice de care se abuzează e descris în David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, p. 19.

259. Peter Whybrow oferă un rezumat al interacţiunilor dintre cocaină şi dopamină în A Mood Apart, p. 213. O analiză mai profundă este oferită de Marc Galanter şi Herbert Kleber în Textbook of Substance Abuse Treatment, pp. 21–31.

260. Lucrarea despre morfină se găseşte în lucrarea lui Marc Galanter şi Herbert Kleber Textbook of Substance Abuse Treatment, pp. 11–19.

261. Pentru lucrarea despre efectul alcoolului asupra serotoninei: ibid.

262. Faptul că nivelurile neurotransmiţătorului encefalină sunt afectate de multe dintre substanţele toxice de care se abuzează este arătat în Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000).

263. Reacţia creierului la nivelurile crescute de dopamină este explicată în Nora Volkow, Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans, în Journal of Psychopharmacology 13, nr. 4 (2000).

264. Dinamica substanţelor creatoare de dependenţă care duce la dependenţă e discutată destul de detaliat în Nora Volkow et al., Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex, în Cerebral Cortex 10 (2000).

265. Statisticile despre proporţiile dependenţei de diferite substanţe sunt preluate din James Anthony et al., Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey, în Experimental and Clinical Psychopharmacology 2, nr. 3 (1994).

266. Lucrarea despre substanţele toxice de care se abuzează şi bariera sânge–creier se găseşte în David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 22–24.

267. Numărul de ani necesari creării dependenţei de alcool şi cocaină e descris în H.D. Abraham et al., Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients, în Comprehensive Psychiatry 40, nr. 1 (1999).

268. Lucrarea bazată pe scanări PET din care a reieşit vindecare limitată chiar şi după trei luni a fost efectuată de dr. Nora Volkow. De exemplu, v. Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers, în Synapse 11 (1992). Faptul că folosirea cronică a drogului are consecinţe neurologice persistente e ilustrat în Alvaro Pascual-Leone et al., Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study, în Neurology 41 (1991), şi în Roy Matthew şi William Wilson, Substance Abuse and Cerebral Blood Flow, în American Journal of Psychiatry 148, nr. 3 (1991). Găsiţi informaţii privind perturbarea cognitivă, în care intră deficite ale memoriei, atenţiei şi abstractizării la Alfredo Ardila et al., Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers, în International Journal of Neuroscience 57 (1991) şi William Beatty et al., Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers, în Drug and Alcohol Dependence 37 (1995).

269. O trecere în revistă amănunţită a cauzelor multiple ale leziunilor la alcoolici este oferită de Michael Charness, Brain Lesions in Alcoholics, în Alcoholism: Clinical and Experimental Research 17, nr. 1 (1993). Găsiţi o trecere în revistă mai generală şi mai recentă la Marcia Barinaga, A New Clue to How Alcohol Damages Brains, în Science, 11 februarie 2000. Faptul că pierderea memoriei este o problemă la această categorie de populaţie e discutat în Andrey Ryabinin, Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene Studies, în Psychopharmacology 139 (1998).

270. O descriere a folosirii inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei pentru a-i face pe alcoolici să renunţe la alcool găsim la David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, p. 220. Mark Gold şi Andrew Slaby îşi arată însă dezacordul cu această idee în cartea lor Dual Diagnosis in Substance Abuse. Ei scriu la pp. 210–211: „Medicaţia antidepresivă nu trebuie prescrisă alcoolicilor activi, deoarece există o probabilitate mult mai mare ca tratamentul adecvat să fie o perioadă de absenţă a alcoolului.“

271. S-a stabilit de mult timp că latenţa crescută a somnului paradoxal e un semn distinctiv al depresiei. Găsiţi la Francis Mondimore, Depression: The Mood Disease, pp. 174–178, o discuţie generală elocventă a legăturii dintre depresie şi somn. Chestiunea privind legătura dintre somnul paradoxal, alcoolism şi depresie este luată din două studii: D.H. Overstreet et al., Alcoholism and depressive disorder, Alcohol & Alcoholism 24 (1989), şi P. Shiromani et al., Acetylcholine and the regulation of REM sleep, în Annual Review of Pharmacological Toxicology 27 (1987).

272. Afirmaţia despre apariţia timpurie a alcoolismului şi depresiei este preluată din Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, pp. 7–10.

273. Despre lucrarea bazată pe teste pentru diagnosticarea depresiei primare sau secundare: ibid., pp. 108–109.

274. Cifrele despre proporţia depresivilor care suferă de alcoolism secundar şi invers le-am preluat din Barbara Powell et al., Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?, în Journal of Clinical Psychiatry 48, nr. 3 (1987). Găsiţi mai multe informaţii despre acest subiect complicat în Bridget Grant et al., The Relationship between DSM-IV Alcohol Use Disorders and DSM-IV Major Depression: Examination of the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample, în Journal of Affective Disorders 38 (1996).

275. Faptul că abuzul de substanţe toxice începe adesea în adolescenţă e discutat în Boris Segal şi Jacqueline Stewart, Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview, în Child Psychiatry and Human Development 26, nr. 4 (1996). Ei scriu cu luciditate: „Luând mai departe în considerare factorii epidemiologici, trebuie să notăm că adolescenţa e perioada de risc maxim pentru iniţierea în consumul de substanţe toxice; cei care n-au luat droguri legale sau ilegale până la douăzeci şi unu de ani este improbabil s-o facă după aceea“, p. 196.

276. Faptul că există o probabilitate mai mare ca persoanele care abuzează de substanţe toxice să recidiveze când sunt depresive este arătat în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse: „Cazurile de revenire la băutură sunt mai frecvente la alcoolicii care raportează depresie în perioadele de abstinenţă decât la cei care au o dispoziţie normală“, p. 108.

277. Părerile lui R.E. Meyer citate aici sunt din Psychopathology and Addictive Disorder, pp. 3–16.

278. Reducerea simptomelor aparent schizofrenice (paranoia, iluzii, halucinaţii etc.) la pacienţii cu depresie şi probleme legate de abuzul de stimulente este legată de faptul că adesea mania poate fi precipitată de excesul de dopamină. Abţinerea de la folosirea de stimulente poate ajuta la controlarea acestor excese. Găsiţi mai multe informaţii despre relaţiile dintre stimulente, manie şi psihoză în Robert Post et al., Cocaine, Kindling, and Psychosis, în American Journal of Psychiatry 133, nr. 6 (1976), şi John Griffith et al., Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man, în Archives of General Psychiatry 26 (1972).

279. Gravitatea fiecărei boli în cazurile cu diagnostic dublu este trecută în revistă în Marc Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse.

280. Despre efectele declanşatoare de depresie ale renunţării la cocaină, sedative, hipnotice şi

anxiolitice: ibid., pp. 105–115.

281. Lucrarea despre capacitatea substanţelor toxice, în special alcoolul, de a exacerba tendinţa de suicid e rezumată în Ghadirian şi Lehmann, Environment and Psychopathology, p. 112. În Mark Gold şi Andrew Slaby, în Dual Diagnosis in Substance Abuse, se spune: „Ratele tentativelor de sinucidere autoraportate cresc treptat odată cu creşterea folosirii de substanţe legale şi ilegale“, p. 14.

282. Faptul că adesea depresia scade datorită abstinenţei poate fi dedus din numeroase studii. În Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, se spune: „La majoritatea acestor persoane cu alcoolism primar, simptomele depresive secundare tind să se reducă din a doua săptămână de tratament şi continuă să scadă mai lent în trei-patru săptămâni de abstinenţă“, pp. 107–108.

283. De fapt, alcoolul face ca toate medicamentele să fie absorbite mai repede; şi faptul că nivelul maxim al absorbţiei exacerbează efectele secundare este un principiu fundamental al terapiei antidepresive.

284. Savuroasa remarcă a lui Howard Shaffer despre zarurile creatoare de dependenţă a fost publicată în Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000). Comentariile lui Bertha Madras apar în acelaşi articol.

285. Lucrarea despre legătura dintre nivelurile de endorfină şi consumul de alcool a fost publicată în J.C. Aguirre et al., Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics, în Alcohol 7, nr. 5 (1990).

286. Cele patru origini ale dependenţei le-am preluat din David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse.

287. Statisticile despre abstinenţa totală de la alcool la irlandezi şi israelieni au fost discutate într-un interviu oral cu dr. Herbert Kleber, la 9 martie 2000.

288. Citatul din T.S. Eliot este din poezia Gerontion (Complete Poems and Plays, p. 22).

289. Aceste remarci despre înlocuire sunt din Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, p. 199.

290. Povestea despre boiaua de ardei iute din ochiul elefantului am luat-o de la Sue Macartney-Snape, care a petrecut mult timp în Nepal şi a intervievat mulţi cornaci.

291. Lucrarea despre scăderea oxigenului din sângele fumătorilor este trecută în revistă în Marc Galanter şi Herbert Kleber, în Textbook of Substance Abuse Treatment, p. 216.

292. Lucrarea despre legătura dintre fumat şi serotonină se găseşte în David Gilbert, Smoking, pp. 49–59.

293. Găsiţi o prezentare mai amplă a perioadei trăite alături de ruşi în The Irony Tower: Soviet Artists in a Time of Glasnost.

294. Faptul că raţionamentul pe care se bazează taxele pe alcool din Scandinavia include beneficiile numărului scăzut de sinucideri a fost discutat cu Håkan Leifman şi Mats Ramstedt de la Institutul Suedez de Cercetare Socială legată de Alcool şi Droguri (SoRAD). Informaţiile statistice sunt oferite într-un studiu al lui Mats Ramstedt, care urmează să fie publicat într-un supliment al revistei Addiction, sub titlul Alcohol and Suicide in 14 European Countries. Găsiţi mai multe informaţii despre relaţia dintre consumul de alcool şi sinucidere în George Murphy, Suicide in Alcoolism, şi I. Rossow, Alcohol and suicide – beyond the link at the individual level, în Addiction 91 (1996).

295. Găsiţi informaţii despre relaţia dintre alcoolismul grav şi perturbarea cognitivă în David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 45–46.

296. Despre efectele toxice ale alcoolului asupra ficatului, stomacului şi sistemului imunitar: ibid., pp. 46–47.

297. Faptul că rata mortalităţii este mai mare la alcoolici decât la nealcoolici este afirmat în Donald Goodwin, Alcoholism, the Facts, p. 52.

298. Faptul că 90 la sută dintre americani au consumat alcool şi cifrele despre dependenţa fiziologică de alcool în SUA sunt din David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 41–42.

299. Rolul serotoninei şi cortizolului în rezistenţa la tentaţia de a consuma alcool e discutat în Marc Galanter şi Herbert Kleber, în Textbook of Substance Abuse Treatment, pp. 6–7 şi 130–131.

300. Informaţia despre receptorii GABA am preluat-o din corespondenţa personală cu Steven

Hyman şi David McDowell. Găsiţi o discutare în profunzime a legăturii dintre alcool, GABA şi alţi neurotransmiţători cerebrali în Marc Galanter şi Herbert Kleber, Textbook of Substance Abuse Treatment, pp. 3–8. Lucrarea despre serotonina care întăreşte consumul de alcool este în R.J.M. Niesink et al., Drugs of Abuse and Addiction, pp. 134–137.

301. Superioritatea terapiilor psihodinamice la pacienţii cu diagnostic dublu pare mai degrabă o realitate clinică decât un fapt bine studiat. Cei mai mulţi dintre medicii cu care am vorbit sunt convinşi că, pentru a se putea vindeca, pacienţii cu diagnostic dublu trebuie să înţeleagă în ce fel abuzul afectează depresia şi invers. Marc Galanter şi Herbert Kleber scriu, în Textbook of Substance Abuse Treatment, p. 312, că „pentru pacienţii la care reglarea afectelor este o problemă, terapia psihodinamică poate fi deosebit de valoroasă".

302. Practica de la Columbia este Programul STARS (Substance Treatment and Research Service).

303. S-au publicat multe informaţii despre antabuse. Găsiţi o descriere detaliată a modului lui de acţiune în David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 217–219.

304. Despre folosirea naltrexonului pentru renunţarea la alcool şi heroină: ibid., pp. 48–51.

305. Pentru informaţii despre istoria marijuanei: ibid., p. 68.

306. Caracterul toxic pentru plămâni al marijuanei este discutat în Marc Galanter şi Herbert Kleber, Textbook of Substance Abuse Treatment, pp. 172–173.

307. Procentul consumatorilor de cocaină care devin dependenţi este din David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, p. 93.

308. Lucrarea despre cobaii care aleg stimulantele în locul hranei sau sexului este în R.A. Yokel et al., Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat, în Psychopharmacology 58 (1978). De asemenea, s-au făcut numeroase studii pe maimuţe rhesus, cu aceleaşi rezultate. De exemplu, T.G. Aigner et al., Choice behavior in Rhesus monkeys: Cocaine versus food, în Science 201 (1978).

309. Neurofiziologia prăbuşirii produse de cocaină este expusă în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, pp. 109–110.

310. Efectele generale ale amfetaminelor şi cocainei asupra neurotransmiţătorilor sunt descrise în R.J.M. Niesink et al., Drugs of Abuse and Addiction, pp. 159–165.

311. Faptul că dorinţa intensă poate să persiste decenii întregi este arătat în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, p. 110.

312. Folosirea unei cure de antidepresive de zece săptămâni pentru a suporta prăbuşirea produsă de drog este descrisă în Bruce Rounsaville et al., Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers, în Archives of General Psychiatry 48 (1991).

313. Efectul permanent al amfetaminelor şi cocainei asupra sistemului dopaminergic este descris în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, p. 110. Ei scriu: „Studiile pe animale au documentat o degenerare neuronală dopaminergică ocazională la administrarea cronică de stimulante."

314. Lucrarea despre relaţia dintre cocaină şi CRF este în Thomas Kosten et al., Depression and Stimulant Dependence, în Journal of Nervous and Mental Disease 186, nr. 12 (1998).

315. Cifrele despre depresie în rândurilor celor care abuzează de opiacee provin din Ghadirian şi Lehmann, Environment and Psychopathology, pp. 110–111.

316. Rata înaltă de depresie în rândurile celor care iau metadonă este prezentată în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, p. 110.

317. Statisticile despre veteranii din Vietnam şi dependenţa de heroină sunt din Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000), p. 67.

318. Poems from the Dark Side constituie o trimitere – făcută de autor din perspectiva umorului amar inspirat de context – la titlurile unor lucrări din categoria creaţiei literare contemporane de factură neogotică având ca temă de inspiraţie partea întunecată a sufletului omenesc, iar The Little Golden Book of Depression prelucrează, în acelaşi registru, titlul unei cunoscute serii de cărţi pentru copii, Little Golden Books (n.ed.).

319. Lucrarea despre ecstasy şi axonii serotoninei este rezumată în R.J.M. Niesink et al., Drugs of Abuse and Addiction, pp. 164–165. Faptul că ecstasy reduce nivelul serotoninei cu 30-35 la sută este din U. McCann et al., Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymetamphetamine: A Controlled Study in Humans, în Neuropsychopharmacology 10 (1994). Mai multe informaţii despre ecstasy şi monoamine găsiţi în S.R. White et al., The Effects of Methylenedioxymetamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System, în Progress in Neurobiology 49 (1996). Găsiţi o discuţie vie şi variată despre ecstasy şi neurotoxicitate la J.J.D. Turnet şi A.C. Parrott, "Is MDMA a Human Neurotoxin?": Diverse Views from the Discussants, în Neuropsychobiology 42 (2000).

320. Pentru discuţia despre benzodiazepine, m-am bazat pe lucrarea dr. Richard C. Friedman de la Cornell şi, în special, pe un interviu oral cu el din primăvara anului 2000.

321. Primejdiile excesului de benzodiazepine sunt discutate în Mark Gold şi Andrew Slaby, Dual Diagnosis in Substance Abuse, pp. 20–21.

322. Găsiţi o descriere mai amplă a drogurilor de tipul rohypnol în David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, pp. 65–66.

323. Originea heroinei la Bayer e discutată în Craig Lambert, Deep Cravings, în Harvard Magazine 102, nr. 4 (2000), p. 60.

324. În David McDowell şi Henry Spitz, Substance Abuse, ecstasy are o scurtă prezentare la pp. 59–60.

325. Sintagma „Madison Avenue" e folosită adeseori metonimic pentru „publicitate". După creşterea explozivă a acestui domeniu în anii 1920, „Madison Avenue" a fost identificat cu industria de publicitate americană (n.ed.).

326. Articolul lui Michael Pollan, cu titlul A Very Fine Line, a apărut în New York Times Magazine din 12 septembrie 1999.

327. Wayne Douglas Gretzky (născut în 1961), celebru jucător profesionist şi antrenor canadian de hockey pe gheaţă. Poreclit „The Great One", a fost socotit „cel mai mare jucător de hockey al tuturor timpurilor" (n.ed.).

328.* cf. Galateni 3, 1 (n.ed.).

329. Remarca lui Keith Richards a fost descoperită în excepţionala carte a lui Dave Hickey Air Guitar, înainte de pagina de titlu. Îi mulţumesc lui Stephen Bitterolf cel foarte în pas cu moda, pentru că mi-a împărtăşit-o.

330. În original, freebasing < freebase (cocaine) „cocaină purificată (prin încălzire cu eter şi luată prin prizare sau fumat); a fuma cocaină purificată" (n.tr.).

331. Personajul principal al lungmetrajului de animaţie cu acelaşi nume, realizat în Studiourile Disney în 2005, inspirat din povestea The Sky Is Falling, „Cade cerul" (n.tr.).

VII
Sinuciderea

Multe persoane depresive nu se sinucid. Multe sinucideri sunt comise de persoane care nu sunt depresive. Cele două subiecte nu sunt părţi ale unei singure ecuaţii clare, în care una dintre ele o determină pe cealaltă. Sunt entităţi separate ce coexistă frecvent, fiecare dintre ele influenţând-o pe cealaltă. „Tendinţa de suicid“ este unul dintre cele nouă simptome ale unui episod depresiv enumerate în *Diagnostic and Statistic Manual*, ediţia a patra (*DSM-IV*), dar mulţi oameni depresivi nu sunt mai înclinaţi să-şi pună capăt vieţii decât sunt cei care au o artrită îngrozitoare: capacitatea omenească de a răbda durerea e neînchipuit de mare. Doar dacă cineva hotărăşte că tendinţa de suicid e o condiţie suficientă pentru a diagnostica depresia putem spune că sinucigaşii sunt totdeauna depresivi.

Tendinţa de suicid a fost tratată ca *simptom* al depresiei, când ea poate fi, de fapt, o problemă ce coexistă cu depresia.[332] Nu mai tratăm alcoolismul ca pe un efect secundar al depresiei: îl tratăm ca pe o problemă care există simultan cu depresia. Tendinţa de suicid e cel puţin la fel de independentă de depresie, cu care coincinde adesea, cum este abuzul de substanţe toxice. George Howe Colt, autorul lucrării *The Enigma of Suicide*, spune: „Mulţi medici cred că, dacă au succes [în tratarea depresiei], au tratat pacientul cu tendinţe de suicid, de parcă tendinţa de suicid ar fi pur şi simplu un efect urât al bolii care stă la bază. Şi totuşi, unii pacienţi cu tendinţe de suicid nu au nici o boală de bază diagnosticabilă, pacienţii sinucigându-se adesea la puţin timp după ce ies dintr-o depresie – sau la multă vreme după ce depresia a dispărut.“[333] Medicul care tratează o persoană depresivă şi cu tendinţe de suicid se concentrează, în general, pe vindecarea depresiei. Vindecarea depresiei ar putea ajuta la împiedicarea sinuciderii, dar nu este obligatoriu să fie aşa. Aproape jumătate dintre cazurile de suicid din SUA aparţin unor persoane care au fost în grija unui psihiatru,[334] şi totuşi cele mai multe sunt surprinzătoare. Ceva nu e în ordine cu gândirea noastră. Nu trebuie să presupunem că tendinţa de suicid poate fi pusă la grămadă cu simptome cum sunt perturbarea somnului; şi nici n-ar trebui să nu mai tratăm tendinţa de

suicid doar pentru că depresia cu care a fost asociată pare să fi dispărut. Tendinţa de suicid este o problemă asociată, care necesită propriul tratament. De ce nu e clasificată ca diagnostic de sine stătător, legat de depresie şi suprapus parţial acesteia, dar esenţialmente distinct?

Încercările de a defini depresia sinucigaşă au fost surprinzător de lipsite de rezultat. Nu există vreo corelaţie strânsă între gravitatea depresiei şi probabilitatea sinuciderii: unele acte de suicid par să se producă în timpul unor tulburări moderate, în vreme ce persoane aflate în situaţii disperate nici vorbă să renunţe la viaţă. Unii oameni din cartierele sărace şi-au pierdut toţi copiii din cauza violenţei bandelor, sunt infirmi, flămânzesc, n-au avut în viaţa lor vreo clipă de iubire de nici un fel – şi totuşi, se agaţă de viaţă cu fiecare strop de energie din ei. Unii oameni care au cele mai bune perspective în viaţă se sinucid. Sinuciderea nu e doar apogeul unei vieţi grele; ea vine dintr-un ungher ascuns, aflat dincolo de minte şi de conştiinţă. Acum, pot să privesc înapoi, la scurta mea perioadă parasinucigaşă: logica aceea, care atunci îmi părea mai mult decât rezonabilă, îmi pare acum mai străină decât bacteria care mi-a provocat pneumonia cu câţiva ani în urmă. E ca un microb puternic, ce a pătruns în corp şi a preluat controlul. Am fost deturnat de absurd.

Există deosebiri minore, dar importante, între a dori să fii mort, a dori să mori şi a dori să te omori. Cei mai mulţi dintre oameni au dorit, din când în când, să fie morţi, reduşi la zero, dincolo de întristare. În depresie, mulţi doresc să moară, să procedeze la modificarea activă a ceea ce sunt, să se elibereze de suferinţa conştiinţei. A dori să te omori necesită însă un cu totul alt nivel de tulburare sufletească şi o anumită violenţă orientată. Sinuciderea nu e rezultatul pasivităţii; e rezultatul unei acţiuni îndeplinite. Necesită multă energie şi o voinţă puternică, pe lângă credinţa în caracterul permanent al ceasului rău din prezent, şi cel puţin un strop de impulsivitate.

Sinucigaşii se împart în patru grupuri. Cei din primul grup se sinucid fără să se gândească bine la ceea ce fac; pentru ei, e la fel de imperios şi invitabil ca respiraţia. Aceşti oameni sunt cei mai impulsivi, şi la ei este cea mai mare probabilitatea să fie îmboldiţi la sinucidere de un anumit eveniment exterior; sinuciderea lor tinde să fie bruscă. Ei fac, aşa cum scrie eseistul A. Alvarez în strălucita sa meditaţie despre sinucidere, *The Savage God*, „o încercare de exorcizare“ a durerii pe care viaţa o poate îmblânzi doar treptat. Cei din al doilea grup, pe jumătate îndrăgostiţi de moartea cea uşoară, se sinucid ca răzbunare, ca şi cum actul n-ar fi ireversibil. Despre acest grup, Alvarez scrie:

„Aici, e problema sinuciderii: este un act de ambiţie, ce nu poate fi săvârşit decât când ai depăşit ambiţia.“[335] Aceşti oameni mai degrabă fug spre moarte decât fug de viaţă, dorind nu sfârşitul existenţei, ci prezenţa dispariţiei. Cei din al treilea grup se sinucid dintr-o logică defectuoasă, în care moartea pare să fie singura ieşire din probleme insuportabile. Ei cântăresc opţiunile şi-şi plănuiesc sinuciderea, scriu bilete şi se ocupă de chestiunile pragmatice de parcă ar organiza un concediu în spaţiul cosmic. De obicei, cred nu numai că moartea le va îmbunătăţi starea, ci şi că va îndepărta o povară de pe umerii celor care-i iubesc (în realitate, de obicei e tocmai invers). Cei din ultimul grup se sinucid dintr-o logică acceptabilă. Aceşti oameni – din cauza bolii fizice, a instabilităţii mintale sau a schimbării condiţiilor de viaţă – nu vor să treacă prin suferinţele existenţiale şi cred că plăcerea pe care ar primi-o ca răsplată este insuficientă pentru a răscumpăra durerea din prezent. Aceşti oameni pot să aibă sau nu dreptate în previziunile lor, dar nu-şi fac iluzii, şi nici o cantitate de antidepresive nu-i va face să se răzgândească.

A fi sau a nu fi? Nu există subiect despre care să se fi scris atât de mult şi să se fi spus atât de puţin. Hamlet spune că decizia s-ar putea baza pe „ţărmul neştiut de unde nimeni n-a mai venit“. Şi totuşi, bărbaţi care nu se tem de necunoscut, care se avântă cu dragă inimă pe tărâmuri ciudate, nu părăsesc prea bucuroşi această lume, plină de înfruntări, pentru o stare despre care nu poţi şti nimic, în care sunt multe de care te poţi teme şi în care poţi nădăjdui totul. De fapt, „cugetul ne schimbă-n bieţi mişei, încât firescul chip al hotărârii sub raza slabă-a gândului păleşte“.[336][337] Aceasta e adevărata întrebare de a fi sau de a nu fi: aici, conştiinţa e conştienţă, împotrivindu-se anihilării nu numai prin laşitate, ci şi prin voinţa implicită de a exista, de a prelua controlul, de a acţiona aşa cum trebuie să acţionezi. În plus, mintea care se cunoaşte pe sine nu se poate tăgădui pe sine, iar distrugerea de sine e contrară vieţii introspective. „Raza slabă-a gândului păleşte“ este tocmai ceea ce, în noi, ne împiedică să ne sinucidem; cei care se sinucid poate că au simţit nu numai disperare, ci şi pierderea momentană a conştiinţei de sine. Chiar dacă alegerea este pur şi simplu între existenţă şi neant – în cazul în care credem că nimic nu mai e dincolo de moarte şi că spiritul omenesc nu e decât o structură chimică temporară –, existenţa nu poate să conceapă nonexistenţa: poate concepe absenţa trăirii, dar nu absenţa însăşi. Dacă gândesc, exist.

Părerea mea, când sunt sănătos, este că de partea cealaltă a morţii poate fi splendoare, sau pace, sau oroare, sau nimic, dar, câtă vreme nu ştim, trebuie să ne abţinem de la pariuri şi să profităm cât mai mult de lumea în care trăim.

„Există o singură problemă filozofică cu adevărat serioasă, şi aceasta e sinuciderea“, scria Albert Camus.[338] Într-adevăr, o mulţime de francezi şi-au dedicat viaţa acestei probleme pe la mijlocul secolului al XX-lea, punând, în numele existenţialismului, întrebările pentru al căror răspuns fusese suficientă cândva religia. Schopenhauer analizează problema. „Sinuciderea poate fi privită ca un experiment“, scrie el, „o întrebare pe care omul i-o pune naturii, încercând s-o silească să răspundă. Întrebarea este aceasta: ce schimbare va produce moartea în existenţa omului şi în intuiţia sa privind natura lucrurilor? Este un experiment neinspirat, pentru că implică distrugerea conştienţei înseşi care a pus întrebarea şi aşteaptă răspunsul.“[339] E cu neputinţă să cunoşti consecinţele sinuciderii până ce nu te angajezi s-o faci. Să călătoreşti în partea cealaltă a morţii cu bilet retur e o idee ispititoare: adesea am vrut să mă sinucid pentru o lună. Dăm înapoi în faţa aparentului caracter definitiv al morţii, în faţa caracterului iremediabil al suicidului. Caracterul conştient ne face umani, şi pare unanim acceptat că e puţin probabil ca starea de conştienţă, aşa cum o cunoaştem, să existe dincolo de moarte, că dorinţa de a şti pe care vrem s-o satisfacem nu va exista în clipa în care vine răspunsul. Când mi-am dorit să nu fiu viu şi mi-am pus întrebarea cum o fi când eşti mort, mi-am dat seama şi că a fi mort ar contrazice întrebarea însăşi. Tocmai această dorinţă de a şti ne face să mergem mai departe: aş putea să renunţ la ceea ce există exterior vieţii mele, dar nu la faptul de a-mi pune întrebări.

Cu toate că instinctul brut joacă rolul principal, raţiunea fundamentală a vieţii este, într-o societate seculară, extrem de neclară. „«Viaţa merită să fie trăită» este cea mai necesară dintre prezumţii“, scria George Santayana, „şi, dacă n-ar fi prezumată, ar fi cea mai puţin posibilă dintre concluzii.“[340] Trebuie să ţinem cont de multele suferinţe care ne asaltează, dar poate că şi mai stringent e faptul că suntem muritori. Moartea e atât de neliniştitoare, iar caracterul ei inevitabil e atât de frustrant, încât unii oameni simt că ar putea la fel de bine să scape de grija asta. Ideea neantului final pare să anuleze valoarea oricărui lucru din prezent. De fapt, viaţa respinge suicidul prin faptul că, în cea mai mare parte a timpului, ascunde realitatea propriului nostru caracter muritor. Dacă moartea nu impune e din cauză că, în general, e trecută cu vederea.

Nu cred că trebuie să fii nebun ca să te sinucizi, deşi cred că mulţi nebuni chiar se sinucid, şi că mulţi alţi oameni se sinucid din motive nebuneşti. Este evident că analiza personalităţii cu tendinţe de suicid trebuie să se facă fie retrospectiv, fie după o tentativă de sinucidere ratată. Freud însuşi a spus că

„nu avem mijloace adecvate de abordare“ a problemei sinuciderii.[341] Trebuie să-i apreciem deferenţa faţă de acest subiect; dacă psihanaliza e profesia imposibilă, suicidul e subiectul imposibil. E oare sminteală să vrei să mori? Întrebarea e, în ultimă instanţă, mai degrabă religioasă decât medicală, de vreme ce depinde nu numai de ceea ce se află dincolo de moarte, ci şi de măsura în care preţuim viaţa. Camus a sugerat că ceea ce e cu adevărat nebunesc e cât de departe merg cei mai mulţi dintre noi pentru a amâna cu câteva decenii inevitabila moarte.[342] Să fie oare viaţa doar o absurdă amânare a morţii? Eu cred că mulţi oameni, dacă e să cântărim, încearcă, de-a lungul vieţii, mai multă durere decât plăcere, şi totuşi dorim cu nesaţ plăcerea şi bucuria sporită pe care o naşte. În mod ironic, cele mai multe dintre credinţele religioase care postulează viaţa veşnică au interdicţii legate de sinucidere, interdicţii care-l împiedică pe credinciosul fervent să sară de pe faleză ca să se alăture corurilor îngereşti (deşi religiile pot preamări renunţarea la viaţă pentru o cauză, ca în cazul martirilor creştini şi al războaielor sfinte ale islamului).

Puterea de a te sinucide a fost lăudată de mulţi oameni care iubeau viaţa, de la Pliniu, care a spus: „În mijlocul tuturor suferinţelor vieţii noastre pământeşti, să fii în stare să-ţi pui la cale propria moarte reprezintă cel mai mare dintre darurile făcute de divinitate omului“,[343] la John Donne, care a scris în *Biathanatos*, în 1621: „Ori de câte ori mă loveşte vreo nenorocire, cheia temniţei mele o ştiu în mâna mea, şi nici un leac nu se arată mai iute inimii mele ca sabia mea“,[344] până la Camus. „Se constată, în general“, afirma Schopenhauer, „că, de îndată ce spaima de viaţă ajunge în punctul în care depăşeşte spaima de moarte, omul îşi pune capăt zilelor.“[345] Eu însumi am simţit în timpul depresiei o spaimă de viaţă cu totul copleşitoare, iar în acel moment am fost primejdios de obişnuit cu frica de moarte. Cred totuşi că spaima mea era vremelnică, iar acest lucru a temperat-o destul de mult ca s-o facă suportabilă. După părerea mea, sinuciderea raţională nu poate fi o operaţiune la timpul prezent; trebuie condiţionată de o evaluare exactă pe termen lung. Mă număr printre cei care cred în sinuciderea raţională, ce reacţionează mai degrabă la nimicnicie decât la deznădejde. Problema este că adesea e greu să-ţi dai seama care sinucideri sunt raţionale, şi cred că e mai bine să salvezi prea mulţi oameni decât să laşi prea mulţi oameni să piară. Toată lumea ştie că sinuciderea e o soluţie permanentă la o problemă temporară. Dreptul la sinucidere ar trebui să fie o libertate civilă fundamentală: nimeni n-ar trebui să fie silit să trăiască împotriva voinţei sale.

Pe de altă parte, tendinţa de suicid e adesea temporară, şi un număr imens de oameni sunt fericiţi că au fost împiedicaţi să-şi pună în aplicare tentativele de sinucidere sau au fost siliţi să renunţe la ele. Dacă voi încerca vreodată să mă sinucid, mi-ar plăcea să mă salveze cineva, în afară de cazul în care voi fi ajuns într-un punct în care cred pe drept cuvânt că mărimea bucuriei care mă aşteaptă în viaţă nu poate să depăşească mărimea tristeţii sau a durerii.

Thomas Szasz, un critic influent al autorităţilor din domeniul sănătăţii mintale, care s-a pronunţat în favoarea limitării puterii psihiatrilor, spune: „Sinuciderea este un drept fundamental al omului. Aceasta nu înseamnă că e de dorit. Înseamnă doar că societatea nu are dreptul moral să se amestece cu forţa în hotărârea unei persoane de a săvârşi acest act.“[346] Szasz crede că, prin intervenţia silită asupra unui sinucigaş, îl lipsim de legitimitatea eului şi a acţiunilor sale. „Rezultatul este o considerabilă infantilizare şi dezumanizare a persoanei care vrea să se sinucidă.“ Într-o analiză făcută la Harvard,[347] medicilor li s-au dat studii de caz privitoare la cazuri de sinucidere publicate şi li s-a cerut diagnosticul; medicii au diagnosticat boală mintală la numai 22 la sută din grup când nu li s-a spus că pacienţii s-au sinucis, dar procentul a fost de 90 la sută când sinuciderea a fost inclusă în profilul pacienţilor. În mod limpede, tendinţa de suicid duce la un diagnostic egal, şi probabil că se produce un anumit grad de infantilizare – sau, cel puţin, de paternalism. Poziţia lui Szasz are un oarecare fundament real, dar a lua decizii clinice pe baza ei poate fi extrem de periculos. Psihologul Edwin Shneidman, care a declanşat mişcarea de prevenire a sinuciderii, reprezintă cealaltă extremă. Pentru el, a te omorî este un act nebunesc. „Există cel puţin un strop de nebunie în fiecare suicid, în sensul că, în actul sinuciderii, gândirea şi simţurile sunt deconectate“, scrie el. „Aceasta are ca rezultat incapacitatea de a eticheta emoţiile sau de a le diferenţia în nuanţe mai subtile ale înţelesului şi de a le comunica celorlalţi. E «sciziunea» anormală dintre ceea ce gândim şi ceea ce simţim. Aici se află iluzia controlului; aici se află nebunia.“[348] Această concepţie tautologică oferă o bază pentru a-i priva pe oameni de dreptul lor la sinucidere. „Sinuciderea nu e un «drept»“, scria Shneidman, în contradicţie totală cu Szasz, „mai mult decât este «dreptul de a eructa». Dacă omul simte că trebuie s-o facă, o face.“[349] Merită să notăm că uneori eructaţia ne-o putem controla, iar în public ne stăpânim cât de mult putem, din respect faţă de ceilalţi.

Sinuciderea e surprinzător de frecventă, fiind deghizată şi inventată mai mult chiar decât depresia. Uriaşa criză a sănătăţii publice e, de fapt, ceva ce

ne stinghereşte atât de tare, încât ne întoarcem privirea de la ea. La fiecare şaptesprezece minute, cineva din SUA se sinucide.[350] Suicidul este pe locul trei între cauzele morţii americanilor sub douăzeci şi unu de ani,[351] fiind pe locul doi la studenţi. În 1995 (de pildă), numărul tinerilor care s-au sinucis a fost mai mare decât al celor care au murit de SIDA, cancer, atac cerebral, pneumonie, gripă, deficienţe din naştere şi boli de inimă la un loc. Din 1987 până în 1996, numărul bărbaţilor sub treizeci şi cinci de ani care s-au sinucis a fost mai mare decât al celor care au murit de SIDA. Aproape jumătate de milion de americani sunt spitalizaţi în fiecare an din cauza tentativelor de sinucidere. Sinuciderea a fost, conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii, răspunzătoare de aproape 2 la sută dintre decesele din întreaga lume în 1998,[352] ceea ce o plasează înaintea războiului şi mult înaintea asasinatelor. Iar rata sinuciderilor creşte constant. Un studiu recent efectuat în Suedia a arătat că probabilitatea ca un tânăr studios să se sinucidă a sporit cu 260 la sută faţă de anii ’50. Jumătate dintre cei cu boala maniaco-depresivă fac o tentativă de suicid; ca şi unul din cinci oameni cu depresie majoră.[353] La cineva care are primul episod depresiv există o probabilitate deosebit de mare să încerce să se sinucidă;[354] în general, o persoană care a trecut prin câteva cicluri a învăţat s-o scoată la capăt. Tentativele de suicid precedente sunt cel mai puternic factor de prezicere a sinuciderii: cam o treime dintre cei care se omoară au mai încercat şi înainte; 1 la sută dintre cei care încearcă să se sinucidă vor reuşi s-o facă în răstimp de un an; 10 la sută se vor omorî în răstimp de zece ani. Există circa şaisprezece tentative de sinucidere la fiecare sinucidere dusă până la capăt.[355]

Am văzut, într-un singur document, atât afirmaţia că la persoanele depresive probabilitatea de a se sinucide este de cinci sute de ori mai mare decât la persoanele nedepresive, cât şi rezultatul statistic că pacienţii depresivi au o rată de sinucidere de douăzeci şi cinci de ori mai mare decât norma socială.[356] Am citit altundeva că depresia măreşte de două ori probabilitatea sinuciderii. Cine poate şti? Aceste procente depind, în mare parte, de felul în care definim demonul cel alunecos, depresia. Din motive ce par legate de sănătatea publică, Institutul Naţional pentru Sănătatea Mintală a declarat multă vreme, arogant şi neştiinţific, că „la aproape toţi oamenii care se sinucid se poate diagnostica tulburare mintală sau legată de abuzul de substanţe toxice“; de curând, l-au redus pe „aproape toţi“ la „90 la sută“.[357] Această idee îi ajută pe cei care au încercat să se sinucidă şi n-au reuşit, ca şi pe cei care au rămas îndureraţi de sinuciderea cuiva care le era apropiat, să

scape de o parte din vinovăţia care altfel ar putea să pună stăpânire pe ei. Deşi acest lucru e consolator şi cu toate că poate fi util în atragerea atenţiei asupra nivelului înalt al sinuciderilor asociate cu boala, este o exagerare grosolană, neconfirmată de nici unul dintre oamenii pe care i-am cunoscut şi care au tratat pacienţi cu tendinţă de suicid.

Statisticile despre sinucideri sunt şi mai haotice decât statisticile despre depresie. Cel mai adesea, oamenii se sinucid lunea şi vinerea;[358] sinuciderile se produc predominant între sfârşitul dimineţii şi prânz;[359] anotimpul preferat pentru sinucidere e primăvara.[360] La femei, rata sinuciderilor e mai mare în prima şi ultima săptămână a ciclului menstrual (un fenomen pentru care ar putea exista explicaţii hormonale).[361] Unei şcoli de cercetători în domeniul sinuciderii îi plac statisticile comparative, pe care le foloseşte ca şi cum corelaţia ar conţine în sine drept consecinţă cauzalitatea. Unele dintre aceste corelaţii se apropie de absurd: putem să calculăm greutatea corporală a celor care se sinucid, sau lungimea medie a părului – dar ce anume ar demonstra asta şi la ce ar folosi?

Émile Durkheim, marele sociolog din secolul al XIX-lea, a scos sinuciderea din domeniul moralităţii şi a plasat-o în domeniul, mai raţional, al ştiinţei sociale.[362] Sinuciderile sunt supuse clasificării pe categorii, şi Durkheim a susţinut că există patru tipuri semnificative. Sinuciderea egoistă o săvârşesc oamenii care nu sunt integraţi în mod adecvat în societatea în care trăiesc. Apatia şi indiferenţa îi motivează să taie definitiv relaţiile cu lumea. Sinuciderea altruistă vine din integrarea exagerată în societate; această categorie a lui Durkheim include, de exemplu, devotamentul lui Patrick Henry faţă de ideea „Daţi-mi libertate sau daţi-mi moarte!“[363] Cei care săvârşesc sinuciderea altruistă sunt energici, pasionaţi şi hotărâţi. Sinuciderea anomică este consecinţa iritării şi a dezgustului. „În societăţile moderne“, scrie Durkheim, „existenţa socială nu mai este guvernată de obiceiuri şi tradiţii, iar indivizii sunt din ce în ce mai des puşi în condiţii de competiţie cu ceilalţi. Întrucât ajung să ceară mai mult de la viaţă, nu mai mult din ceva anume, ci pur şi simplu mai mult decât au la un moment dat, sunt mai înclinaţi să sufere din cauza disproporţiei dintre aspiraţiile şi satisfacţiile lor, iar insatisfacţia ce rezultă duce la amplificarea impulsului sinucigaş.“ Aşa cum a scris cândva Charles Bukowski, „Cerem de la viaţă mai mult decât există“[364] – şi inevitabila noastră dezamăgire poate fi o ocazie destul de bună ca să ne punem capăt zilelor. Sau, cum a scris A. de Tocqueville despre idealismul american în special, „bucuriile incomplete ale acestei lumi nu vor

fi niciodată suficiente inimii [omului]“.[365] Sinuciderea fatalistă e săvârşită de oamenii ale căror vieţi sunt cu adevărat chinuite într-un fel imposibil de schimbat – sinuciderea unui sclav, bunăoară, ar fi fatalistă în taxonomia lui Durkheim.[366]

Categoriile lui Durkheim nu mai sunt folosite în scopuri clinice, dar au definit o mare parte din gândirea modernă despre sinucidere. Contrar credinţelor din vremea sa, Durkheim a propus teoria că, deşi sinuciderea este un act individual, sursele sale sunt legate de societate. Orice sinucidere e rezultatul psihopatologiei, însă aparenţa relativ coerentă a tendinţei psihopatologice de suicid pare să fie legată de construcţii sociale. În fiecare societate, există un context diferit al actului, dar s-ar putea ca în fiecare societate un anumit procent din populaţie să se sinucidă. Valorile şi obiceiurile unei societăţi determină care cauze vor duce la act şi în ce loc anume. Adesea, oamenii care cred că acţionează pe baza unei traume speciale nu fac decât să manifeste o tendinţă din societatea lor care îndeamnă oamenii la moarte.

Cu toate că multe statistici fără rost umplu studiile despre sinucidere, poate fi folositor să se identifice unele tendinţe. La membrii familiilor în care a existat o sinucidere există o probabilitate mult mai mare de sinucidere decât la alţi oameni.[367] Aceasta se întâmplă parţial pur şi simplu pentru că sinuciderile din familie fac inimaginabilul imaginabil. De asemenea, pentru că durerea de a trăi când cineva pe care-l iubeşti s-a omorât poate fi aproape insuportabilă. O mamă al cărei fiu s-a spânzurat mi-a spus: „Mă simt ca şi cum degetele mi-au fost prinse într-o uşă care se trânteşte şi am fost oprită permanent în mijlocul ţipătului.“ De asemenea, pentru că, la un nivel presupus genetic, sinuciderea e ereditară. Studiile despre adopţie arată că rudele biologice ale unei persoane cu tendinţă de suicid au tendinţă suicidară mai frecventă decât rudele adoptive. Gemenii identici tind să împărtăşească tendinţa de sinucidere, chiar dacă sunt separaţi la naştere şi nu ştiu unul de celălalt;[368] gemenii neidentici nu. Nu poate fi un avantaj din punctul de vedere al selecţiei să ai „gene sinucigaşe“ cu funcţie unică, dar combinaţia genelor care provoacă depresia, violenţa, impulsivitatea şi agresivitatea poate să ofere o hartă genetică atât predictivă pentru comportamentul sinucigaş, cât şi avantajoasă în anumite situaţii.

Sinuciderea naşte sinucidere şi în comunităţile sociale. Caracterul contagios al sinuciderii este incontestabil. Dacă o persoană se sinucide, îi calcă adesea pe urme un grup de prieteni sau de colegi; acest lucru este

adevărat mai ales la adolescenţi. Locurile unde au loc sinucideri sunt folosite iar şi iar, purtând blestemul celor care au murit: podul Golden Gate din San Francisco, muntele Mihara din Japonia, anumite porţiuni ale căilor ferate, Empire State Building. Epidemii de sinucideri au avut loc recent la Plano, Texas; Leominster, Massachusetts; Bucks Country, Pennsylvania; districtul Fairfax, Virginia, şi în câteva alte comunităţi aparent „normale“ din SUA.[369] Descrierile publice ale actelor de suicid inspiră, şi ele, comportament sinucigaş. Când a apărut cartea lui Goethe *Suferinţele tânărului Werther*, la începutul secolului al XIX-lea, au urmat în toată Europa sinucideri care-l imitau pe eroul lui Goethe.[370] Ori de câte ori ajunge în mass-media povestea unei sinucideri importante, rata sinuciderilor creşte. De pildă, în perioada de după sinuciderea lui Marilyn Monroe rata sinuciderilor din SUA a crescut cu 12 la sută.[371] Dacă ţi-e foame şi vezi un restaurant, probabil că vei intra în el. Dacă ai tendinţă de suicid şi citeşti despre o sinucidere, probabil că vei face pasul final. Pare limpede că reducerea raportării sinuciderilor ar scădea rata sinuciderilor. Pe moment, dovezile sugerează că adesea chiar şi cele mai bine intenţionate programe de prevenire a sinuciderii induc unei categorii de populaţie vulnerabile ideea de sinucidere; pare posibil ca ele să crească, de fapt, rata sinuciderilor.[372] Cu toate acestea, sunt utile, în măsura în care fac oamenii să conştientizeze faptul că sinuciderea este, adesea, rezultatul unei boli mintale, şi că acea boală mintală poate fi tratată.

Contrar mitului răspândit, la cei care vorbesc despre sinucidere există cea mai mare probabilitate să se omoare. Cei care încearcă tind să mai încerce; de fapt, cel mai bun factor de predicţie a sinuciderii este încercarea de a o face.[373] Nimeni nu foloseşte prea mult acest fapt. Studiul despre tratamente efectuat de Maria Oquendo în 1999 arată că, „deşi un istoric al tentativelor suicidare ar putea fi folosit de medici ca semn al înclinaţiei către încercări viitoare, pacienţii care aveau un astfel de istoric n-au fost trataţi mai intens decât cei care nu aveau. Rămâne neclar dacă la aceşti pacienţi la care există un risc suicidar substanţial în asociere cu depresia majoră, din cauza istoricului lor suicidar, nu este recunoscut riscul, sau nu primesc tratament somatic adecvat, în ciuda faptului că medicul a recunoscut vulnerabilitatea lor sporită.“[374]

Cu toate că argumentele existenţiale generalizante sunt atrăgătoare, realitatea sinuciderii nu e frumoasă, şi pură, şi filozofică – ci încâlcită, şi înspăimântătoare, şi fizică. Am auzit afirmaţia că depresia majoră este „o moarte vie, oricum“. Moartea vie nu e simpatică, dar, spre deosebire de

moartea moartă, oferă o sferă de acţiune pentru ameliorare. Caracterul definitiv al sinuciderii face din ea o chestiune ce depăşeşte oricare alta discutată în această carte, iar capacitatea antidepresivelor de a preveni suicidul trebuie măsurată urgent, astfel încât să se poată folosi medicaţia adecvată. Cercetătorii din această industrie socotesc sinuciderea greu de monitorizat, mai ales că punctul critic al negării de sine nu are loc, de obicei, în intervalul de douăsprezece săptămâni al unui studiu controlat „pe termen lung“. La nici unul dintre inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei, cea mai populară clasă de antidepresive din lume, n-a fost monitorizată capacitatea de a preveni sinuciderea. Dintre celelalte medicamente, litiul a fost testat cel mai riguros[375] – rata sinuciderii în rândul pacienţilor bipolari care întrerup tratamentul cu litiu creşte de şaisprezece ori.[376] Unele medicamente care ameliorează depresia pot creşte motivaţia sinuciderii, deoarece cresc motivaţia în general; medicamentele pot să declanşeze mecanismele suicidare, căci ele reduc prostraţia depresiei. Este important să facem distincţia dintre cauzalitatea posibilă şi cauzalitatea reală. Eu nu cred că oamenii se sinucid ca rezultat nemijlocit al medicamentelor, în afară de cazul în care tendinţa lor suicidară a fost puternică o anumită perioadă. Înainte de a le prescrie pacienţilor antidepresive, trebuie să aibă loc convorbiri desfăşurate cu atenţie. Electroşocurile pot elimina imediat impulsurile sinucigaşe presante sau delirante. Un studiu arată la pacienţii cu maladie gravă care iau medicamente o rată a sinuciderii de nouă ori mai mare decât la pacienţii care sunt trataţi pentru aceeaşi maladie cu electroşocuri.[377]

Freud, cam în acelaşi timp cu Durkheim, a sugerat că sinuciderea e adesea un impuls ucigaş îndreptat spre altcineva pus în aplicare asupra sieşi.[378] Psihologul Edwin Shneidman a spus, mai recent, că sinuciderea este „crimă la o sută optzeci de grade“.[379] Freud a afirmat că „instinctul morţii“ e totdeauna în echilibru incert cu instinctul vieţii.[380] E clar că această fascinaţie există, şi cu siguranţă e răspunzătoare pentru sinucideri. „Cele două instincte fundamentale acţionează unul împotriva celuilalt sau se combină între ele“, scria Freud. „Astfel, actul de a mânca e distrugerea obiectului, cu scopul final de a-l încorpora, iar actul sexual este un act de agresiune cu scopul unirii celei mai intime. Acţiunea simultană şi reciproc opusă a celor două instincte fundamentale determină apariţia întregii game de fenomene ale vieţii.“ Aici, suicidul este contrapunctul necesar al voinţei de a trăi. Karl Menninger, care a scris mult despre suicid, a spus că suicidul necesită coincidenţa dintre „dorinţa de a omorî, dorinţa de a fi omorât şi dorinţa de a muri“.[381] G.K.

Chesterton, pe aceeaşi linie, scria:

> Omul care omoară un om omoară un om.
> Omul care se omoară omoară toţi oamenii.
> În ceea ce-l priveşte, lichidează lumea cu totul.[382]

Când ne confruntăm cu stresuri cronice pentru care suntem insuficient pregătiţi, ne bazăm pe neurotransmiţători şi-i folosim peste măsură. Şuvoiul de neurotransmiţători pe care-l inducem în stresul instantaneu nu poate fi menţinut în timpul unui stres de durată. Din acest motiv, persoanele care trec prin stres cronic tind să-şi epuizeze transmiţătorii.[383] Depresia suicidară pare să aibă caracteristici neurobiologice distincte, ce ar putea să constituie cauza comportamentului suicidar sau doar să reflecte tendinţele de suicid. Încercările concrete de sinucidere sunt determinate, de obicei, de stresuri externe, printre care se numără frecvent alcoolul, bolile acute şi schimbările importante din viaţă. Măsura în care cineva e înclinat spre sinucidere este determinată de personalitate, factori genetici, copilărie şi felul în care a fost crescut, alcoolism sau abuz de substanţe toxice, boli cronice şi nivelul colesterolului.[384] Cele mai multe dintre informaţiile noastre despre creierul cu tendinţe de suicid vin din studierea autopsiilor. Sinucigaşii au un nivel scăzut al serotoninei în anumite zone-cheie din creier. Au un număr excesiv de receptori ai serotoninei, care ar putea să reflecte încercarea creierului de a compensa nivelurile scăzute ale serotoninei. Nivelul serotoninei pare să fie deosebit de scăzut în zonele asociate cu inhibiţia, iar această deficienţă pare să creeze o mare libertate de a acţiona impulsiv, pe baza emoţiilor.[385] Oamenii cu tendinţă de agresivitate nestăpânită au deseori un nivel scăzut al serotoninei în aceeaşi zonă. Ucigaşii şi piromanii impulsivi au niveluri ale serotoninei mai scăzute decât ale majorităţii oamenilor[386] – mai scăzute decât ale ucigaşilor neimpulsivi sau ale altor delincvenţi. Experimentele pe animale arată că la primatele cu nivel scăzut al serotoninei este mai mare probabilitatea de a-şi asuma riscuri şi de a fi agresive decât la celelalte.[387] Stresul poate să provoace atât epuizarea neurotransmiţătorilor, cât şi producerea în exces a enzimelor care-i distrug. Nivelurile noradrenalinei şi norepinefrinei par să fie reduse în creierul autopsiat al sinucigaşilor,[388] cu toate că rezultatele sunt mai puţin consecvente decât în cazul serotoninei. Enzimele care descompun norepinefrina par să fie prezente în cantităţi excesive, iar substanţele chimice necesare funcţionării adrenalinei sunt prezente în cantităţi reduse. Ce înseamnă toate astea în termeni funcţionali

este că la oamenii cu niveluri scăzute ale neurotransmiţătorilor esenţiali în zonele-cheie există un mare risc de suicid.[389] Acesta e rezultatul găsit în mod consecvent de John Mann, cercetător de frunte în domeniul suicidului, care lucrează în prezent la Universitatea Columbia. El a folosit trei măsurători diferite ale nivelurilor serotoninei la pacienţii cu tendinţe de suicid. Marie Åsberg, de la Spitalul Universitar Karolinska din Solna (Suedia), a extrapolat, pe baza acestor materiale, implicaţiile clinice. Într-un studiu de pionierat, a urmărit pacienţi care au avut tentative de suicid şi ale căror niveluri de serotonină păreau să fie scăzute; 22 la sută dintre ei s-au sinucis în răstimp de un an. Lucrări ulterioare au confirmat că, în vreme ce doar 15 la sută dintre depresivi se sinucid, 22 la sută dintre depresivii cu nivel scăzut al serotoninei se sinucid.[390]

Dat fiind că stresul epuizează serotonina, că nivelul scăzut al serotoninei sporeşte agresivitatea, iar nivelul înalt al agresivităţii duce la sinucidere, nu e surprinzător că depresia accentuată este genul care duce cu cea mai mare probabilitate la sinucidere. Stresul duce la agresivitate, deoarece agresivitatea e adesea cea mai bună cale de a face faţă ameninţărilor pe termen scurt care induc stresul. Totuşi, agresivitatea e nespecifică şi, chiar dacă este utilă la combaterea unui atacator, poate la fel de bine să fie întoarsă şi împotriva propriei persoane. Pare probabil ca agresivitatea să fie un instinct fundamental, în vreme ce depresia şi tendinţa de suicid să fie impulsuri mai rafinate, care au apărut mai târziu. Din punctul de vedere al evoluţiei, trăsătura dezirabilă a învăţării comportamentului autoprotector nu poate fi delimitată de trăsătura indezirabilă a comportamentului suicidar. Capacitatea suicidară este o povară ce vine odată cu conştiinţa, care ne deosebeşte de animale.

Factorii genetici pot să determine nivelurile scăzute ale serotoninei, iar gena care stabileşte nivelurile enzimei triptofan hidroxilază[391] e asociată acum clar cu procentele înalte de sinucidere. Nu doar genele bolilor mintale, ci şi ale impulsivităţii, agresivităţii şi violenţei le pot expune la un risc mare. Experimentele pe maimuţe care au crescut fără mamă arată că această lipsă scade nivelul serotoninei în anumite zone.[392] Pare probabil ca abuzul suferit în copilărie să scadă permanent nivelul serotoninei,[393] sporind astfel probabilitatea sinuciderii (pe lângă problema depresiei cognitive pe care o produce acest abuz). Abuzul de substanţe toxice poate reduce şi mai mult nivelul serotoninei – şi, lucru interesant, la fel face nivelul redus al colesterolului. Vătămarea neurologică a fătului,[394] provocată de alcool sau

cocaină, poate predispune copilul la tulburări de dispoziţie care duc la sinucidere; lipsa atenţiei materne îl poate lipsi de stabilitatea dezvoltării în primii ani de viaţă; regimul alimentar poate acţiona negativ asupra creierului său. La bărbaţi, nivelul serotoninei e mai scăzut decât la femei.[395] Aşadar, un bărbat stresat, cu predispoziţie genetică la nivel redus de serotonină, care a crescut fără mamă, abuzează de substanţe toxice şi are nivel scăzut de colesterol – se potriveşte cu profilul sinucigaşului potenţial. Pentru aceste persoane, medicamentele care sporesc nivelul serotoninei ar fi agenţi eficienţi de prevenire a sinuciderii. S-ar putea recurge la scanarea creierului, pentru a detecta nivelul activităţii serotoninei în zonele relevante – tehnologie care nu există în prezent, dar poate va exista curând –, în vederea estimării probabilităţii tentativei de suicid. Tehnici de imagistică cerebrală mai bune ne-ar putea îngădui, în cele din urmă, să examinăm creierul persoanelor depresive şi să estimăm la care dintre ele există probabilitatea de a încerca să se sinucidă. Mai avem destul până acolo. „Pentru oamenii de ştiinţă, minimalizarea complexităţii interacţiunilor chimice din creier sau din sinapse“, scrie Kay Jamison, în magistrala sa carte despre sinucidere, „ar fi o greşeală copleşitoare, echivalentul, la sfârşit de secol XX, al concepţiilor anterioare, primitive, că minţile dereglate sunt aşa din pricina farmecelor satanice sau a unui exces de vapori.“[396]

Există dovezi că rata sinuciderilor poate fi redusă de factori externi: acolo unde armele de foc[397] şi barbituricele sunt greu de procurat, procentul sinuciderilor e vizibil mai scăzut decât în alte părţi. Tehnologia modernă a făcut sinuciderea mai uşoară şi mai puţin dureroasă decât a fost vreodată, şi acest lucru e foarte periculos. Când serviciile de furnizare a gazului pentru uz domestic din Anglia au trecut de la gazele de cocs, letale, la gazele naturale, mai puţin toxice, rata sinuciderilor a scăzut cu o treime, sinuciderile anuale cu ajutorul gazului scăzând de la 2.368 la 11.[398] Dacă tendinţa de suicid se poate manifesta impulsiv, reducerea disponibilităţii imediate a mijloacelor de a te omorî ar face ca impulsul să treacă fără să fie transpus în fapt. SUA sunt singura ţară din lume în care principalul mijloc de sinucidere îl constituie armele de foc. În fiecare an, în SUA, numărul celor care se sinucid cu arme de foc este mai mare decât al celor care sunt împuşcaţi.[399] Rata sinuciderilor în cele zece state cu cele mai permisive legi în privinţa controlului armelor de foc este de două ori mai mare decât în cele zece state cu legile cele mai severe. În 1910, la o adunare a Societăţii Psihanalitice Vieneze, David Oppenheim spunea: „Pistolul încărcat îl îndeamnă de-a dreptul pe posesor să

se sinucidă.“ În 1997, aproximativ 18.000 de americani s-au sinucis cu arme de foc, reacţionând la acest îndemn.[400] Tehnica poate să varieze în funcţie de loc, vârstă şi situaţie. În China, un număr uriaş de femei se sinucid în fiecare an înghiţind pesticide şi îngrăşăminte toxice, deoarece acele substanţe le sunt la îndemână.[401] În Punjab, India, peste jumătate dintre sinucigaşi se aruncă în faţa trenului.[402]

Sinuciderea este adesea manifestarea finalului depresiv al unui spectru de stări maniaco-depresive, şi acesta e motivul dat de obicei pentru rata mare a sinuciderilor în rândul persoanelor de succes. Persoanele de succes tind, de asemenea, să-şi stabilească standarde înalte, fiind adesea dezamăgite chiar şi de cele mai mari realizări ale lor. Examenul de conştiinţă şi preocuparea obsesivă pot duce la sinucidere, situaţie ce apare frecvent printre artişti şi alte persoane creative. Rata sinuciderilor e însă înaltă şi printre oamenii de afaceri: se pare că unele dintre calităţile care duc la succes duc şi la sinucidere. La oamenii de ştiinţă, compozitori şi oamenii de afaceri de înalt nivel, probabilitatea de a se omorî este de cinci ori mai mare decât la restul populaţiei; la scriitori, mai ales la poeţi, rata este şi mai mare.[403]

Aproximativ o treime dintre toate actele de suicid finalizate şi un sfert dintre tentative sunt comise de alcoolici.[404] La cei care încearcă să se sinucidă într-un moment în care sunt beţi sau drogaţi, există o probabilitate mai mare de reuşită decât la cei care încearcă într-un moment de trezie. Cincisprezece procente dintre cei cu alcoolism grav îşi pun capăt zilelor. Karl Menninger a numit alcoolismul „o formă de suicid folosită pentru a evita o sinucidere mai spectaculoasă“.[405] Pentru unii, tocmai caracterul suicidar e cel ce face posibilă sinuciderea.

Detectarea din timp este dificilă. Când eram în depresie profundă, m-am dus la un psihiatru cu care speram să fac terapie şi care mi-a spus că mă primeşte ca pacient, cu condiţia să-i promit că nu mă sinucid câtă vreme sunt în grija lui. Asta e – mi-am zis – cam ca atunci când un specialist în boli infecţioase e de acord să-ţi trateze tuberculoza cu condiţia să nu mai tuşeşti. În avion, pe când mă întorceam de la o conferinţă pe tema imagisticii cerebrale, am fost atras într-o conversaţie cu cineva care a observat că răsfoiesc o carte despre depresie. „Mă interesează ceea ce citiţi“, a zis. „Am avut şi eu depresie.“ Am închis cartea şi i-am ascultat istoricul psihiatric. A fost internat în spital de două ori cu depresie majoră. A luat medicamente o vreme, dar se simţea bine de peste un an, aşa că a renunţat la medicamente. A renunţat, de asemenea, la terapie, deoarece a rezolvat problemele care-l

supăraseră înainte. A fost arestat de două ori pentru posesie de cocaină şi a stat un pic în închisoare. Nu prea ţinea legătura cu părinţii săi, iar prietena sa nu ştia că a fost cândva depresiv. Era cam zece şi jumătate dimineaţa, şi i-a cerut stewardesei un whisky cu gheaţă.

— Vi se întâmplă adesea să le povestiţi străinilor o mulţime de lucruri despre dumneavoastră? l-am întrebat cât mai blând posibil.

— Păi, uneori da, a recunoscut. Uneori mi se pare mai uşor să vorbesc cu străinii decât cu cei pe care-i cunosc foarte bine. Pricepeţi? Te judecă mai puţin, chestii de-astea. Dar nu orice străini – ştiţi, chiar mă simt aproape de ei şi pur şi simplu ştiu că sunt oameni cu care e bine să vorbeşti. Aşa cum am simţit şezând aici, lângă dumneavoastră.

Impulsivitate. Imprudenţă.

— Primiţi vreodată amenzi pentru depăşirea vitezei? l-am întrebat.

— Hei, a zis. Sunteţi vreun clarvăzător sau aşa ceva? Primesc tot timpul o grămadă de amenzi pentru depăşirea vitezei; acum am permisul ridicat pe un an.

Dacă tocmai aş fi participat la o conferinţă despre probleme cardiologice şi aş fi şezut lângă un bărbat de o sută cincizeci de kile care fumează ca o locomotivă, şi mănâncă pachete întregi de unt, şi se plânge de durere în piept care radiază pe braţul stâng, poate că aş fi simţit că e potrivit să-l avertizez că e într-un pericol real şi iminent. Să-i spui cuiva că riscă să se sinucidă e mult mai greu. Am tot făcut aluzii, mi-am sfătuit noul prieten să ia din nou medicamente, i-am spus că e bine să ţină legătura cu un psihiatru, pentru eventualitatea unei recidive. Un anumit simţ al convenţiilor sociale m-a făcut să nu pot spune: „Poate că te simţi bine în clipa asta, dar te îndrepţi către sinucidere şi trebuie să iei imediat măsuri preventive.“

Modelele animale pentru sinucidere sunt imperfecte, dat fiind că se presupune că animalele nu-şi percep caracterul muritor *per se* şi nu pot să-şi caute propria moarte. Nu poţi tânji după ceva ce nu înţelegi: sinuciderea este un preţ pe care-l plătesc oamenii pentru conştiinţa de sine, iar aceasta nu există într-o formă comparabilă la alte specii. Membrii acelor specii pot totuşi să se rănească în mod deliberat, şi o fac frecvent dacă sunt supuşi unor suferinţe excesive. Cobaii care sunt ţinuţi în condiţii de înghesuială îşi rod coada.[406] Maimuţele rhesus crescute fără mamă încep pe la cinci luni să-şi provoace singure vătămări; acest comportament continuă pe tot parcursul vieţii, chiar dacă sunt plasate într-un grup social.[407] Se pare că maimuţele respective au nivelul de serotonină inferior celui normal în zonele cruciale ale

creierului; planul biologic este, şi de data aceasta, corelat cu cel sociologic. Am fost fascinat de ştirea despre sinuciderea unei caracatiţe, dresată pentru un circ, care învăţase să facă diverse trucuri pentru care era răsplătită cu hrană. Când circul s-a desfiinţat, caracatiţa a fost ţinută într-un bazin şi nimeni nu mai dădea atenţie trucurilor ei. Treptat, şi-a pierdut culoarea (dispoziţiile caracatiţelor se exprimă prin schimbările nuanţelor corpului) şi, în cele din urmă, şi-a mai făcut o dată toate trucurile, de la cap la coadă, n-a primit nici o răsplată, şi s-a rănit singură atât de grav cu fălcile gurii, încât a murit.[408]

Cercetări recente pe modele umane au dezvăluit o legătură strânsă între sinucidere şi moartea părinţilor.[409] Un studiu sugerează că trei sferturi dintre actele suicidare comise sunt făcute de oameni care au fost traumatizaţi în copilărie de moartea cuiva apropiat, de cele mai multe ori unul dintre părinţi. Incapacitatea de a procesa această pierdere din primii ani de viaţă duce la incapacitatea de a procesa pierderea în general. Adeseori, tinerii care-şi pierd unul dintre părinţi asimilează inconştient un sentiment de vinovăţie, anulându-şi simţul valorii personale. Pot, de asemenea, să abandoneze simţul statorniciei obiectului: dacă părintele de care depinzi atât de mult poate să dispară, pur şi simplu, de la o zi la alta, atunci cum poţi să mai ai încredere în ceva? Statisticile poate că sunt exagerate, dar e limpede că – ceilalţi factori fiind egali –, cu cât cineva pierde mai mult, cu atât e mai mare probabilitatea de a se sinucide.

Sinuciderea la începutul vieţii e larg răspândită. În SUA, se sinucid anual circa cinci mii de persoane între optsprezece şi douăzeci şi patru de ani; cel puţin optzeci de mii încearcă să se sinucidă. Unul din şase mii de americani între douăzeci şi douăzeci şi patru de ani se omoară. Sinuciderea apare din ce în ce mai des la persoanele mai tinere. Sinuciderea este pe locul trei între cauzele morţii americanilor între cincisprezece şi douăzeci şi patru de ani.[410] Nu există consens în privinţa motivului pentru care sinuciderea e în creştere la acest grup. George Howe Colt remarca: „Pentru a explica această «epidemie» suicidară în rândul tinerilor, au fost propuse o mulţime de ipoteze: destrămarea fibrei morale a americanilor, prăbuşirea nucleului familial, presiunea exercitată de şcoală, presiunea exercitată de colegi, presiunea exercitată de părinţi, oboseala părinţilor, abuzul în copilărie, drogurile, alcoolul, nivelul scăzut al glicemiei, televiziunea, Music Television, muzica la modă (rock, punk sau heavy metal, în funcţie de deceniu), promiscuitatea, întârzierea ajutorului dat de biserică, violenţa

sporită, rasismul, Războiul din Vietnam, ameninţarea războiului nuclear, mass-media, dezrădăcinarea, abundenţa din ce în ce mai mare a produselor, şomajul, capitalismul, libertatea excesivă, plictiseala, narcisismul, Watergate,[411] dezamăgirea faţă de guvern, lipsa eroilor, filmele despre sinucidere, prea multe discuţii despre sinucidere, prea puţine discuţii despre sinucidere.“[412] Adolescenţii care au mari aşteptări legate de învăţătură se sinucid dacă rezultatele lor nu sunt la nivelul propriilor aşteptări sau ale părinţilor: sinuciderea este mai obişnuită printre adolescenţii cu note foarte bune decât printre colegii lor mai puţin ambiţioşi.[413] Perturbările hormonale de la pubertate şi din anii de după această perioadă sunt, şi ele, puternici factori predeterminanţi ai sinuciderilor la adolescenţi.

În multe cazuri, adolescenţii care comit suicid au fost protejaţi de viziunea sumbră a morţii.[414] Mulţi par să creadă că moartea nu constituie o încetare deplină a stării de conştienţă. Într-o şcoală cu o epidemie de sinucideri, un elev care s-a sinucis spusese că i se părea ciudat ca el să fie viu, iar prietenii săi morţi. Într-un orăşel din Groenlanda pe care l-am vizitat în 1999, a existat o ciudată succesiune de decese: un elev s-a sinucis, şi curând l-au urmat mulţi alţii. Unul dintre sinucigaşii care l-au urmat spusese cu o zi înainte de a se omorî că-i e dor de prietenul absent, şi aproape că părea că s-a sinucis ca să ajungă în locul în care se dusese prietenul lui. La tineri, există, de asemenea, o probabilitate mai mare să creadă că tentativa de suicid nu va duce la moarte. Ei pot folosi tentativa de suicid ca pe un mijloc de a-i pedepsi pe ceilalţi; aşa cum îmi spunea mama când eram mic, imitându-mi ironic purtarea: „O să mănânc viermi şi apoi o să mor şi apoi ţie o să-ţi pară rău c-ai fost rău cu mine.“ Asemenea fapte, oricât de manipulatoare, sunt, în orice caz, un strigăt puternic de ajutor. Tinerii care supravieţuiesc unei tentative de sinucidere merită atenţia noastră plină de afecţiune; problemele lor sunt cu adevărat grave şi, chiar dacă nu pricepem de ce, trebuie să acceptăm gravitatea acestei chestiuni.

Cu toate că există un vârf spectaculos al sinuciderilor în rândurile adolescenţilor, cele mai mari procente de sinucideri sunt la bărbaţii de peste şaizeci şi cinci de ani;[415] la subgrupul bărbaţilor albi de peste optzeci şi cinci de ani, rata de sinucidere este de unu la două mii. Există trista tendinţă de a considera că sinuciderea vârstnicilor e mai puţin demnă de milă decât a tinerilor. Disperarea până în punctul în care mori e devastatoare, indiferent pe cine afectează. Faptul că fiecare zi de viaţă ne aduce mai aproape de moarte este evident; dar faptul că fiecare zi din viaţă face mai acceptabilă sinuciderea

cuiva e o bizară variaţiune pe aceeaşi temă. Tindem să presupunem că sinuciderea vârstnicilor e raţională, dar, de fapt, e adeseori consecinţa unor tulburări mintale netratate. În plus, vârstnicii, în general, cunosc bine moartea. În vreme ce adolescenţii apelează la sinucidere ca să fugă din viaţă într-o experienţă diferită, vârstnicii tind să socotească moartea drept starea finală. Şi ei ştiu ce fac: tentativele de suicid ratate sunt mult mai frecvente la această categorie de populaţie decât la persoanele mai tinere. Vârstnicii folosesc pentru sinucidere metode sigur letale; la ei e mai mică decât la orice altă categorie probabilitatea de a-şi comunica dinainte intenţia.[416] Cea mai mare rată a sinuciderilor este la bărbaţii divorţaţi sau văduvi: rareori caută ajutor profesional pentru depresie şi adesea acceptă ideea că sentimentele lor negative nu sunt decât reflecţia reală a vieţii lor împuţinate.[417]

Pe lângă sinuciderea explicită, mulţi dintre vârstnici se angajează în comportamente sinucigaşe cronice: hotărăsc să nu mai mănânce, să nu se mai îngrijească, să renunţe la tot, înainte ca trupul să-i trădeze pe deplin. După pensionare, conced ca ritmul activităţii să le scadă şi, în multe cazuri, renunţă la activităţile de recreere din cauza sărăciei şi a statutului social modest. Se izolează. Pe măsură ce le apar forme exacerbate de depresie – probleme motorii, ipohondrie şi paranoia –, decăderea fizică e considerabilă.[418] Cel puţin jumătate dintre vârstnicii depresivi au afecţiuni parţial iluzorii, pe care, în multe cazuri, în perioada dinaintea sinuciderii, le cred mai handicapante şi mai netratabile decât sunt cu adevărat.[419]

Sunt raportate, de obicei, mai puţine sinucideri decât există, parţial deoarece unii sinucigaşi îşi deghizează acţiunile şi parţial din cauză că cei care rămân în urma lor nu vor să recunoască realitatea suicidului. Grecia are unul dintre cele mai scăzute procente de sinucideri raportate; aceasta reflectă nu numai climatul însorit al ţării şi cultura ei destinsă, ci şi faptul că, după normele Bisericii greceşti, sinucigaşii nu pot fi înmormântaţi în pământ sfinţit. Acesta este un motiv specific în Grecia pentru a nu raporta o sinucidere. În societăţile în care nivelul ruşinii e mai mare, sunt raportate mai puţine sinucideri. Şi apoi, există o mulţime de sinucideri dintre cele pe care le-am putea numi „inconştiente“, în care cineva trăieşte nepăsător şi moare din cauza imprudenţei – poate din cauza unei uşoare tendinţe de suicid şi poate din cauza simplei îndrăzneli. Linia dintre caracterul suicidar şi, după normele Bisericii greceşti, sinucidere poate fi neclară. Oamenii care-şi accelerează propriul declin fără vreo răsplată evidentă sunt protosinucigaşi. Unele religii diferenţiază suicidul activ şi pasiv; a înceta să mănânci în

ultimele faze ale unei maladii fatale poate fi fără reproş, în vreme ce a lua o supradoză de pastile e un păcat. Într-un fel sau altul, în lume sunt *mult* mai multe sinucideri decât credeţi – orice aţi crede.[420]

Metodele de suicid sunt fascinant de variate. Kay Jamison cataloghează, în *Night Falls Fast*, unele tehnici neobişnuite, cum ar fi înghiţirea de apă clocotită; introducerea pe gât a unei cozi de mătură; înfigerea de croşete în burtă; înghiţirea de piele şi fier; săritul într-un vulcan; îndesarea pe gât a unei târtiţe de curcan; înghiţirea de dinamită, de cărbuni aprinşi, de lenjerie de corp sau de pat; spânzurarea cu propriul păr; făcutul unei găuri în cap cu burghiul electric; mersul prin zăpadă fără haine groase; prinderea gâtului într-o menghină; realizarea unui dispozitiv pentru autodecapitare; injectarea de unt de arahide sau maioneză în vene; prăbuşirea în munţi cu un bombardier; punerea pe piele a unui păianjen „văduva neagră“; înecarea într-un butoi cu oţet; sufocarea în frigider; băutul de acid; înghiţirea de artificii; punerea de lipitori pe corp; spânzurarea cu un rozariu. În SUA, cele mai obişnuite metode sunt cele evidente: arme de foc, droguri, spânzurare şi aruncarea în gol.[421]

Nu sunt înclinat către o fantezie sinucigaşă căreia să nu mă pot împotrivi. Mă gândesc adesea la sinucidere, iar ideea, în momentele de depresie maximă, nu e niciodată departe de mintea mea; tinde însă să rămână în mintea mea, învăluită în irealitatea cu care copiii îşi imaginează bătrâneţea. Ştiu când se înrăutăţesc lucrurile, pentru că tipurile de suicid pe care mi le închipui devin mai variate şi, într-o anumită măsură, mai violente. Fanteziile mele depăşesc pastilele din dulăpiorul cu medicamente şi chiar şi pistolul din seif, şi se extind la gândul dacă lamele unui aparat de ras Gillette ar putea fi folosite ca să-mi tai încheietura mâinii, sau dacă n-ar fi mai bine să folosesc un cuţit de precizie. Am mers până la verificarea unei grinzi, ca să văd dacă ar ţine un laţ. M-am ocupat de alegerea momentului: când aş fi singur în casă, la ce oră aş putea duce lucrurile la îndeplinire. Dacă sunt la volan când am o astfel de stare de spirit, mă gândesc la faleze, dar apoi mă gândesc la airbaguri şi la posibilitatea de a răni alte persoane, şi de obicei modul acela mi se pare prea complicat. Toate acestea sunt închipuiri cât se poate de reale şi pot fi foarte dureroase, dar, până acum, au rămas în imaginaţia mea. M-am angrenat în unele comportamente imprudente, care ar putea fi numite parasinucigaşe, şi adesea am vrut să mor; în momentele rele, m-am jucat cu această idee, cam aşa cum, în momentele bune din viaţa mea, m-am jucat cu ideea de a învăţa să cânt la pian; niciodată însă nu s-a întâmplat să scape de

sub control sau să se apropie prea mult de o realitate accesibilă. Am vrut să ies din viaţă, dar n-am avut impulsul de a-mi goli fiinţa de existenţă.

Dacă depresiile mele ar fi fost mai grave sau mai îndelungate, îmi închipui că aş fi înclinat mai activ către sinucidere, dar nu cred că m-aş putea omorî fără dovezi solide că situaţia mea e ireversibilă. Cu toate că sinuciderea alină durerea prezentă, în cele mai multe cazuri e comisă pentru a evita suferinţa viitoare. M-am născut cu o doză mare de optimism, care vine din partea tatei, şi, din motive care s-ar putea să fie pur biochimice, sentimentele mele negative, chiar dacă uneori sunt de nesuportat, nu mi-au părut niciodată cu adevărat neschimbătoare. Ceea ce-mi amintesc e sentimentul ciudat de lipsă de viitor care mă cuprinde în momentele cele mai rele ale depresiei – senzaţia nepotrivită de relaxare la decolarea unui avion mic, căci chiar nu-mi păsa dacă se prăbuşeşte şi mă omoară sau zboară şi mă duce la destinaţie. Mi-am asumat riscuri nebuneşti când mi s-a înfăţişat ocazia. Am curajul să înghit otravă; doar că nu sunt prea înclinat s-o găsesc sau s-o prepar. Una dintre persoanele intervievate de mine, care a supravieţuit mai multor tentative de sinucidere, mi-a spus că, dacă nici măcar nu mi-am tăiat vreodată încheietura mâinii, n-o să fiu niciodată deprimat *cu adevărat*. Am preferat să nu mă prind în această competiţie, dar e sigur că am întâlnit persoane care au suferit enorm şi n-au încercat niciodată să se sinucidă.

În primăvara lui 1997, am sărit pentru prima dată cu paraşuta, în Arizona. Săritura cu paraşuta e socotită adesea o activitate parasuicidară, şi, dacă aş fi murit într-adevăr când o făceam, îmi închipui că, în imaginaţia rudelor şi prietenilor, faptul ar fi fost legat de stările mele de spirit. Şi totuşi – iar eu cred că aşa stau lucrurile adesea în cazul acţiunilor parasuicidare –, nu părea un impuls sinucigaş, ci unul vital. Am făcut-o, pentru că mă făcea să mă simt atât de bine faptul că eram capabil s-o fac. În acelaşi timp, dat fiind că mă jucasem cu ideea sinuciderii, dărâmasem unele bariere care stăteau între mine şi autoanihilare. Când săream dintr-un avion, nu voiam să mor, dar nu mă temeam de moarte aşa cum mă temusem de ea înainte de depresie, aşa că nu aveam nevoie s-o evit atât de mult. De atunci, am mai sărit cu paraşuta de câteva ori, iar plăcerea pe care mi-a dat-o curajul meu – după atâta vreme trăită într-o teamă nemotivată – e nemăsurată. De fiecare dată, la trapa avionului, simt şuvoiul de adrenalină al spaimei adevărate, care, asemenea tristeţii adevărate, îmi este preţios datorită desăvârşitei sale autenticităţi. Îmi aminteşte ce înseamnă, de fapt, acele emoţii. Urmează apoi căderea liberă, şi privelişte a ţinutului neumblat, şi copleşitoarea neajutorare, şi frumuseţea, şi

iuţeala. Şi apoi magnifica descoperire că paraşuta, de fapt, există. Când se deschide voalura ei, curenţii ascendenţi răstoarnă brusc căderea, şi mă duc tot mai sus, departe de pământ, de parcă mi-a venit dintr-odată în ajutor un înger, ca să mă ducă spre soare. Şi apoi încep să cad din nou, atât de încet şi de viu, într-o lume a tăcerii în mai multe dimensiuni. E minunat să descoperi că soarta în care te-ai încrezut a meritat acea încredere. Ce bucurie a fost să aflu că lumea poate să-mi sprijine cele mai necugetate experimente, să simt, chiar în vreme ce cad, că sunt ţinut strâns de lumea însăşi.

Am devenit, pentru prima oară, foarte conştient de sinucidere când aveam vreo nouă ani. Tatăl unui coleg al fratelui meu s-a sinucis, şi acasă la noi s-a vorbit despre acel subiect. Omul s-a ridicat în picioare, de faţă cu familia, a spus ceva ieşit din comun, după care a sărit pe fereastra deschisă, lăsându-şi soţia şi copiii să privească în jos, la un trup comprimat în nefiinţă, cu câteva etaje mai jos. „Unii oameni pur şi simplu au probleme pe care nu le pot rezolva şi ajung în punctul în care nu mai pot suporta viaţa“, a explicat mama. „Trebuie să fii tare ca să treci prin viaţă. Trebuie să fii unul dintre supravieţuitori.“ N-am prea înţeles oroarea a ceea ce s-a petrecut; avea o natură bizară şi fascinantă, aproape pornografică.

Când eram în anul doi de liceu, unul dintre profesorii mei preferaţi s-a împuşcat în cap. A fost găsit în maşina sa, având alături o Biblie deschisă. Poliţiştii au închis Biblia fără să noteze pagina. Îmi amintesc că am discutat asta la cină. Încă nu pierdusem pe cineva care să-mi fie cu adevărat apropiat, aşa încât faptul că moartea lui a fost o *sinucidere* n-a fost atât de important cum este când privesc în urmă; mă confruntam pentru prima oară cu existenţa morţii. Am vorbit despre faptul că nimeni n-o să ştie vreodată la ce pagină era deschisă Biblia, şi ceva literar din mine suferea mai mult din pricina acelui epilog imperfect al vieţii decât din pricina pierderii ei.

În primul meu an de facultate, fosta prietenă a fostului prieten al prietenei mele de atunci a sărit de pe una dintre clădirile facultăţii. N-o cunoşteam, dar ştiam că sunt implicat într-un lanţ de refuzuri în care era inclusă şi ea, şi m-am simţit vinovat de moartea acelei fiinţe străine mie.

La câţiva ani după facultate, o cunoştinţă a mea s-a sinucis. A băut o sticlă de vodcă; şi-a tăiat venele; şi, nemulţumit, se pare, de scurgerea înceată a sângelui, s-a urcat pe acoperişul blocului din New York în care locuia şi a sărit. De data aceasta, am fost şocat. Era un bărbat blând, inteligent, chipeş, o persoană pe care o invidiasem uneori. Pe vremea aceea, scriam pentru ziarul local. Obişnuia să se ducă să-şi cumpere exemplarul devreme, de la un chioşc

deschis nonstop, şi, de câte ori apărea vreun articol al meu, era primul care să-mi telefoneze ca să mă felicite. Nu eram apropiaţi, dar n-o să uit niciodată acele telefoane şi tonul de veneraţie niţel nepotrivită pe care-l avea lauda. Vorbea cu un pic de amărăciune de faptul că nu e sigur de cariera sa şi că mă vede ca pe o persoană care ştie ce face. Acesta era singurul lucru melancolic pe care l-am observat vreodată la el. În rest, încă mă gândesc la el ca la o persoană voioasă. La petreceri, se distra; de fapt, dădea petreceri reuşite. Cunoştea oameni interesanţi. De ce să-şi taie venele şi să sară de pe acoperiş un astfel de om? Psihiatrul lui, la care fusese cu o zi înainte, n-a putut să limpezească problema. Exista vreun „de ce“ la care să răspunzi? Când s-a întâmplat asta, încă mai credeam că sinuciderea are o logică a ei, fie ea şi una greşită.

Sinuciderea nu e însă logică. „De ce“ – scria Laura Anderson, care s-a luptat cu o depresie dintre cele mai acute – „trebuie totdeauna ca ei să dea un «motiv»?“ Motivul dat e rareori suficient pentru faptă; e treaba analiştilor şi a prietenilor apropiaţi să caute indicii, cauze şi categorii. Eu am învăţat de-atunci asta din însemnările despre sinucidere pe care le-am citit. Listele sunt lungi şi dureroase, asemenea celor de pe Monumentul Veteranilor din Vietnam (în timpul Războiului din Vietnam, au fost mai numeroşi tinerii care s-au sinucis decât cei omorâţi în luptă). Fiecare a avut a face în preajma suicidului cu o emoţie violentă: pe o femeie a insultat-o soţul, pe un altul l-a părăsit iubita, cineva s-a rănit grav, cuiva boala i-a răpit iubirea cea mare, cineva a dat faliment, cineva şi-a făcut praf maşina. Cineva pur şi simplu s-a trezit într-o zi şi n-a vrut să fie treaz. Cineva ura serile de vineri. Dacă s-au omorât, au făcut-o din cauză că aveau tendinţă de suicid, nu din cauză că asta era rezultatul evident al unui astfel de raţionament. În vreme ce lumea medicală susţine că există totdeauna o legătură între boala mintală şi sinucidere, mass-media de senzaţie sugerează adesea că boala mintală nu joacă un rol real în sinucidere. Căutarea cauzelor sinuciderii ne face să ne simţim în siguranţă. Aceasta este o versiune forţată a logicii conform căreia depresia acută e consecinţa faptului care o declanşează. Nu există aici linii clare. Cât de mare trebuie să-ţi fie tendinţa de suicid ca *să încerci* să te sinucizi, şi apoi cât de mare trebuie să-ţi fie tendinţa de suicid ca să *făptuieşti* suicidul, şi în ce loc una dintre intenţii devine cealaltă? Sinuciderea poate să fie (conform Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii)[422] cu adevărat „un act sinucigaş cu rezultat fatal“, dar care sunt motivele conştiente şi inconştiente de la baza acelui rezultat? Acţiunile foarte riscante – de la expunerea cu bună

ştiinţă la HIV, până la aducerea cuiva în stare de furie ucigaşă şi la statul afară în viscol – sunt adesea parasuicidare. Gama tentativelor de sinucidere se întinde de la cele conştiente, concentrate, pur deliberate şi cu totul orientate către ţintă, până la cea mai vag suicidară acţiune. „Actul sinucigaş“, scrie Kay Jamison, „e saturat de ambivalenţă.“[423] A. Alvarez scrie: „Scuzele unui sinucigaş sunt, în mare parte, colaterale. În cel mai bun caz, pot să elimine vinovăţia supravieţuitorilor, să le potolească durerea celor cu mintea în ordine şi să-i încurajeze pe sociologi în nesfârşita lor căutare de categorii şi teorii convingătoare. Sunt ca un mărunt incident la graniţă care declanşează un mare război. Motivele reale care împing un om să-şi ia viaţa sunt altundeva; aparţin lumii lăuntrice, încâlcite, contradictorii, labirintice şi, în cea mai mare parte, nevăzute.“[424] „Ziarele scriu adesea despre «necazuri personale» sau «boli incurabile»“,[425] scria Camus. „Aceste explicaţii sunt plauzibile. Trebuie însă să ştim dacă nu cumva, chiar în ziua aceea, un prieten al omului disperat i-a vorbit cu indiferenţă. El e cel vinovat. Căci atâta e suficient ca să precipite toate supărările şi tot urâtul aflate în suspensie.“ Iar criticul teoretician Julia Kristeva descrie profundul caracter aleatoriu al momentului ales: „O trădare, o boală fatală, un accident sau o infirmitate care mă smulge brusc din ceea ce mi se părea a fi categoria normală a oamenilor normali, sau se abate asupra cuiva iubit, cu acelaşi efect radical, ori… Ce aş mai putea pomeni? Un număr infinit de ghinioane ne împovărează în fiecare zi.“[426]

În 1952, Edwin Shneidman a deschis, la Los Angeles, primul centru de prevenire a sinuciderilor şi a încercat să creeze structuri utile (nu teoretice) pentru reflecţia asupra sinuciderii. A afirmat că sinuciderea e rezultatul iubirii neîmplinite, al controlului spulberat, al imaginii despre sine agresate, al durerii sufleteşti şi al furiei.[427] „E aproape ca şi cum drama sinucigaşă s-ar scrie singură, autonom, ca şi cum piesa ar avea propria gândire. Trebuie să ne trezească la realitate înţelegerea faptului că, atâta vreme cât oamenii, conştient sau inconştient, pot izbuti să simuleze, nici un program de prevenire a sinuciderii nu poate avea succes sută la sută.“[428] Kay Jamison se referă la această simulare când se plânge că „intimitatea minţii e o barieră de netrecut“.

Acum câţiva ani, altul dintre colegii mei de facultate s-a sinucis. Fusese ciudat dintotdeauna, şi, într-un fel, sinuciderea lui a fost mai uşor de explicat. Am primit un mesaj de la el cu câteva săptămâni înainte să moară şi aveam de gând să-l sun şi să prânzim împreună. Când am aflat, eram în oraş cu nişte prieteni comuni. „A vorbit careva de curând cu cutare?“ – am întrebat când

un subiect al conversaţiei m-a dus cu gândul la el. „N-ai auzit?“ a răspuns unul dintre prieteni. „S-a spânzurat acum o lună.“ Nu ştiu din ce motiv, acea imagine îmi pare cea mai rea. Pot să mi-l închipui în aer pe prietenul cu încheieturile tăiate şi pot să-mi imaginez trupul lui zdrobit după săritură. Imaginea acestui prieten legănându-se agăţat de o grindă, ca un pendul: ei bine, niciodată mintea mea n-a putut cuprinde asta. Ştiu că telefonul meu şi invitaţia la prânz nu l-ar fi salvat de sine însuşi, dar sinuciderea răspândeşte în jur vinovăţie, şi nu-mi pot scoate din minte gândul că aş fi avut un indiciu dacă l-aş fi văzut şi că aş fi făcut ceva cu acel indiciu.

Apoi, s-a sinucis fiul unui asociat al tatei. După care s-a sinucis fiul unui prieten al tatei. Apoi, s-au sinucis alte două persoane pe care le cunoşteam. S-au sinucis şi prieteni ai prietenilor şi, de când scriu cartea aceasta, am auzit de oameni care şi-au pierdut fraţi, copii, iubiţi, părinţi. Pot fi înţelese căile care au dus o persoană la sinucidere, însă mentalitatea din acel moment anume, a saltului necesar în vederea actului definitiv – aşa ceva e de neînţeles, înspăimântător şi atât de bizar, încât te face să te simţi de parcă n-ai fi cunoscut niciodată cu adevărat persoana care a făcut asta.

În vreme ce scriam această carte, am auzit de multe sinucideri, parţial prin persoanele cu care am ajuns în contact şi parţial deoarece oamenii aşteptau de la mine, după toată cercetarea pe care am făcut-o, un soi de înţelepciune ori intuiţie de care, în realitate, nu eram capabil. O prietenă de nouăsprezece ani, Chrissie Schmidt, m-a sunat şocată când unul dintre colegii ei de la Andover s-a spânzurat pe scara din dreptul camerei lui de la cămin. Băiatul fusese ales şeful clasei. După ce a fost prins beat (la şaptesprezece ani), a fost scos din funcţie. A ţinut un discurs de retragere care a stârnit ovaţii, apoi şi-a luat viaţa. Chrissie îl cunoscuse doar în treacăt, dar păruse să aibă, la Andover, control asupra lumii fermecate a faimei din care ea se simţea uneori exclusă. „După refuzul de a accepta, vreme de vreo cincisprezece minute, că aşa ceva s-a întâmplat“, scria Chrissie într-o scrisoare electronică, „am început să plâng în hohote. Cred că am simţit multe lucruri deodată – o tristeţe inexprimabilă pentru viaţa curmată, de bunăvoie, atât de devreme; furie faţă de şcoală, loc sufocat de propria mediocritate, pentru că a făcut aşa caz cu băutura şi pentru că a fost atât de dură cu băiatul; şi, poate mai presus de toate, spaima că eu, la un moment dat, m-aş putea simţi în stare să mă spânzur pe scara căminului meu. De ce nu l-am cunoscut pe băiatul ăsta când eram acolo? De ce am avut impresia că sunt singura care nu se simte în toate apele sale, singura atât de chinuită, când cel mai simpatizat băiat din şcoală

poate că simţise atât de multe din toate astea? De ce naiba n-a observat nimeni că poartă în spinare o asemenea povară? Toate momentele când, în primul an, zăceam în camera mea, simţindu-mă cumplit de tristă şi respinsă de lumea din jur, şi viaţa pe care o duceam… şi totuşi, sunt aici. Şi ştiu că n-aş fi făcut pasul final. Ştiu cu adevărat. Dar m-am apropiat destul de mult de ideea că e, cel puţin, de domeniul posibilului. Ce-s acelea: curaj, patologie, singurătate care-l împing pe cineva dincolo de marginea cea din urmă, fatală, când viaţa e un lucru pe care suntem de acord să-l pierdem?“ Iar a doua zi a adăugat: „Moartea lui răscoleşte şi scoate în evidenţă toate aceste întrebări fără răspuns – faptul că trebuie să pun aceste întrebări şi că n-o să primesc niciodată răspunsul e, pentru mine, în acest moment, insuportabil de trist.“ Acesta e, în esenţă, pentru cei ce rămân, deznodământul sinuciderii: nu numai pierderea cuiva, ci şi pierderea şansei de a convinge acea persoană să acţioneze altfel, pierderea şansei de a comunica. Nu există nimeni cu care să doreşti atât de mult să comunici cum e persoana care s-a sinucis. „De-am fi ştiut măcar!“ – e justificarea părinţilor sinucigaşului, oameni care stau să se tot gândească, căznindu-se să înţeleagă ce lucru care n-a funcţionat cum trebuie în iubirea lor a putut permite să se întâmple un astfel de act care să-i ia prin surprindere şi încercând să se gândească la ce ar fi trebuit să-i spună.

Nu e însă nimic de spus, nimic care să alunge singurătatea suicidului. Kay Jamison spune povestea dureroasă a propriei încercări de a se sinucide, într-un moment în care gândirea îi era la fel de perturbată ca starea sufletească: „Oricât de multă iubire din partea celorlalţi – şi era din belşug – n-ar fi putut să ajute. Nici un avantaj al unei familii iubitoare şi al unei munci fabuloase n-ar fi putut fi de ajuns ca să depăşească durerea şi disperarea pe care le simţeam; nici o iubire pasională ori romantică, oricât ar fi fost ea de puternică, n-ar fi contat. Nimic viu şi cald n-ar fi putut răzbate prin carapacea mea. Ştiam că viaţa mea e un dezastru şi credeam – incontestabil – că familiei mele, prietenilor şi pacienţilor le-ar fi mai bine fără mine. Nu mai rămăsese prea mult din mine, oricum, şi mă gândeam că moartea ar elibera energiile şi eforturile bine intenţionate care erau irosite pe o păcăleală de 1 aprilie.“[429] Nu e un lucru neobişnuit să crezi că eşti o povară pentru ceilalţi. Un bărbat care s-a sinucis a scris în biletul de adio: „Am chibzuit şi am hotărât că le-aş face mai puţin rău prietenilor şi rudelor mort decât viu.“[430]

Marea suferinţă nu face din mine un sinucigaş, uneori însă într-o depresie ceva mărunt mă copleşeşte şi încerc un sentiment ridicol. Sunt prea multe farfurii murdare în bucătăria asta şi n-am puterea să le spăl. Poate c-ar fi mai

bine să mă omor. Ori – uite, vine trenul şi aş putea să sar în faţa lui. S-o fac? Până să mă hotărăsc însă, e deja în staţie. Aceste gânduri sunt ca nişte vise cu ochii deschişi, şi sunt conştient de absurditatea lor – dar ştiu că sunt acolo. Nu doresc să pier în aceste gânduri, şi nu doresc violenţă, dar, într-un fel ridicol, sinuciderea pare să simplifice lucrurile. Dacă mă omor, nu mai trebuie să repar acoperişul, sau să tund iarba, sau să mai fac un duş. Oh, închipuie-ţi luxul de a nu mai trebui să mă pieptăn vreodată! Conversaţiile mele cu persoane cu acută tendinţă suicidară m-au făcut să cred că acest sentiment e mai aproape de acela care duce, de cele mai multe ori, la o tentativă de sinucidere decât e sentimentul deznădejdii totale pe care l-am avut în cea mai întunecată perioadă a depresiei. E perceperea bruscă a unei căi de ieşire. Nu e tocmai un sentiment de melancolie, cu toate că poate să apară într-o împrejurare fericită. Mai ştiu şi cum te simţi când vrei să pui capăt depresiei, şi nu poţi s-o faci decât anihilându-ţi eul pe care-l chinuie. Poeta Edna St. Vincent Millay scria:

And must I then, indeed, Pain, live with you
All through my life?—sharing my fire, my bed,
Sharing—oh, worst of all things!—the same head?—
And, when I feed myself, feeding you, too?[431]

Alimentarea propriei nefericiri poate deveni mai obositoare decât poţi suporta, iar dezgustul în faţa neputinţei, eşecul detaşării te pot duce în punctul în care să pui capăt durerii contează mai mult decât să te salvezi.

Am vorbit cu o mulţime de supravieţuitori ai tentativelor de suicid pe când lucram la această carte, iar unul dintre ei m-a speriat foarte tare. L-am întâlnit într-un spital, a doua zi după tentativă. Era un om de succes, atrăgător şi avea o căsnicie fericită. Trăia într-o suburbie frumoasă dintr-un oraş american de pe coastă şi era bucătar la un restaurant foarte apreciat. Suferise de depresii periodice, dar renunţase la medicamente cu două luni înainte, crezând că o să se descurce fără ele. Nu spusese nimănui că o să renunţe la medicamente, dar a redus dozele, aşa cum trebuie, timp de câteva săptămâni înainte să întrerupă tratamentul. S-a simţit bine câteva zile, după care a început să aibă repetate şi explicite gânduri de suicid, independente de alte simptome ale depresiei. A continuat să se ducă la lucru, dar în minte îi tot revenea ideea sinuciderii. În cele din urmă, a hotărât, cu ceea ce socotea că e un motiv bun, că lumii i-ar fi mai bine fără el. A rezolvat câteva chestiuni lăsate în suspensie şi a luat măsuri pentru ca lucrurile să meargă mai departe după ce el nu va mai fi.

Apoi, într-o după-amiază, când a hotărât că a sosit timpul, a înghiţit două flacoane de tylenol. Cam pe la jumătate, şi-a sunat soţia, care era la birou, ca să-şi ia rămas-bun, convins că ea o să-i priceapă logica şi n-o să se împotrivească hotărârii lui. Ea n-a ştiut la început dacă nu cumva e un soi de glumă, dar curând şi-a dat seama că e serios. Fără ca ea să-şi dea seama, el lua câte un pumn de pastile chiar în vreme ce vorbeau la telefon. În cele din urmă, el s-a supărat că-l tot contrazicea în privinţa planului, i-a zis adio şi a închis telefonul. A luat restul de pastile.

Într-o jumătate de oră, au sosit poliţiştii. Bărbatul, care şi-a dat seama că planurile o să-i fie date peste cap, a ieşit să vorbească cu ei. Le-a explicat că soţia lui e cam zurlie, că făcea astfel de lucruri ca să-l sâcâie pe el şi că nu-i nici un motiv ca ei să fie acolo. Ştia că, dacă-i poate ţine în şah încă vreo oră, tylenolul o să-i distrugă ficatul (făcuse cercetări amănunţite), şi spera că, dacă n-o să-i poată determina să plece, ar putea cel puţin să le distragă atenţia. I-a invitat înăuntru la o cană de ceai şi a pus apa la fiert. Era atât de calm şi de convingător, încât poliţiştii i-au crezut povestea. A obţinut de la ei o amânare; dar ei au zis că sunt siliţi să cerceteze o posibilă încercare de suicid şi că le pare rău, dar trebuie să-l silească să-i însoţească la urgenţe. Stomacul i-a fost golit în ultimul moment.

Când am vorbit cu el, a povestit tot episodul aşa cum povestesc eu uneori visele, evenimente în care par să fi jucat un rol uimitor de activ, însă cărora nu le pot desluşi înţelesul. Îşi revenea de pe urma golirii stomacului şi era foarte agitat, dar destul de coerent. „Nu ştiu de ce am vrut să mor“, a zis, „dar vă pot spune că ieri mi se părea perfect rezonabil.“ Am examinat împreună amănuntele. „Am hotărât că lumea ar fi un loc mai bun fără mine“, a zis. „Am chibzuit îndelung şi am văzut că asta mi-ar elibera soţia, că ar fi mai bine pentru restaurant, că ar fi o uşurare pentru mine. Ăsta-i lucrul tare ciudat: că părea o idee atât de evident bună, atât de rezonabilă.“

Se simţea foarte uşurat că a fost salvat de ideea asta bună. Nu l-aş descrie ca fericit în ziua aceea, la spital; era îngrozit că evitase la mustaţă moartea, aşa cum ar putea fi cel care scapă cu viaţă dintr-un accident aviatic. Soţia stătuse cu el în cea mai mare parte a zilei. El spunea că o iubeşte şi că ştie că ea îl iubeşte. Îi plăcea munca sa. Poate că ceva inconştient din el l-a condus la telefon când era gata să se sinucidă, l-a făcut să-şi sune soţia în loc să scrie un bilet. Dacă a fost aşa ceva, asta nu-l liniştea prea mult, pentru că n-a fost înregistrat deloc de mintea sa conştientă. L-am întrebat pe doctorul său câtă vreme o să rămână pacientul în spital, iar doctorul a zis că ar fi rezonabil să-l

ţină până ce logica lui defectuoasă poate fi explorată mai bine şi până ce se pot stabiliza nivelurile de medicamente din sânge. „Pare destul de sănătos ca să se ducă acasă azi“, a spus doctorul, „dar şi alaltăieri ar fi părut destul de sănătos ca să nu fie aici.“ L-am întrebat pe bărbat dacă crede că va mai încerca să se sinucidă. Era ca şi cum i-aş fi cerut să prezică viitorul altcuiva. A clătinat din cap şi s-a uitat la mine palid, nedumerit. „De unde să ştiu?“ m-a întrebat.

Starea sa de confuzie, eşecul emoţional sunt lucruri obişnuite pentru mintea cu tendinţă suicidară. Joel P. Smith, un bărbat din Wisconsin care a supravieţuit mai multor tentative de suicid, mi-a scris: „Sunt singur. O mare parte dintre oamenii depresivi pe care-i cunosc sunt mai mult sau mai puţin singuri, pentru că şi-au pierdut slujba şi şi-au adus la capătul răbdării familia şi prietenii. Acum, am tendinţă de suicid. Paznicul meu suprem – şi anume, eu însumi – nu numai că şi-a părăsit serviciul, dar, lucru mult mai primejdios, a devenit avocatul, agentul suicidului.“

În ziua în care s-a întâmplat, când aveam douăzeci şi şapte de ani, am înţeles motivele sinuciderii mamei mele şi am crezut în ele. Era în ultima fază a unui cancer cu metastaze. De fapt, împreună cu tata şi fratele meu, am ajutat-o pe mama să se sinucidă şi, făcând asta, am simţit o imensă apropiere de ea. Credeam cu toţii în ceea ce a făcut ea. Din păcate, mulţi care cred în luarea raţională a deciziilor – printre care se numără şi Derek Humphry, autorul cărţii *Final Exit*, şi Jack Kevorkian – par să creadă că *raţional* înseamnă „fără complicaţii“. N-a fost uşor de ajuns la această decizie raţională. A fost un proces lent, încâlcit, ciudat, ale cărui meandre erau la fel de nebuneşte individuale ca trăirile iubirii care pot să ducă la căsătorie. Sinuciderea mamei este cataclismul vieţii mele, cu toate că o admir pentru acest act şi cred în el. Mă tulbură atât de tare, încât, de cele mai multe ori, refuz să mă gândesc la amănunte şi să vorbesc despre ele. Simplul fapt al existenţei lui este acum un fapt din viaţa mea, şi sunt gata să-l împărtăşesc cu oricine mă întreabă. Realitatea celor întâmplate e însă ca un lucru ascuţit, înfipt în mine, care mă taie ori de câte ori mă mişc.[432]

Activiştii fac o distincţie obsesiv de grijulie între sinuciderea „raţională“ şi toate celelalte. De fapt, sinuciderea e sinucidere – determinată, tristă, toxică într-o anumită măsură pentru toţi cei care au legătură cu ea. Cea mai rea şi cea mai bună se află la capetele aceluiaşi continuum; se deosebesc, mai degrabă, prin grad decât prin calitatea esenţială. Sinuciderea raţională a fost totdeauna o idee populară şi înspăimântătoare. Povestitorul din romanul

Demonii al lui Dostoievski întreabă dacă oamenii îşi pun capăt zilelor din raţiune. „O mulţime“, răspunde Kirilov. „Dar din prejudecată sunt mai mulţi; mult mai mulţi; toţi.“[433] Când vorbim de sinuciderea raţională şi o deosebim de cea iraţională, schiţăm detaliile prejudecăţilor pe care le avem noi sau societatea. Cineva care s-a omorât pentru că nu suporta ideea unei morţi dureroase şi degradante cauzate de cancer pare, poate, foarte raţional. Un tribunal britanic a permis de curând unui spital să hrănească forţat o diabetică anorexică şi să-i injecteze insulină împotriva voinţei ei.[434] Ea era foarte încăpăţânată, şi a izbutit să înlocuiască insulina, pe care trebuia să şi-o injecteze, cu un amestec de apă cu lapte, şi curând a ajuns aproape în comă. „Bun, asta e anorexie?“ a întrebat medicul care o trata. „E comportament sinucigaş? E parasuicidar? Eu cred că este, evident, un lucru făcut din deprimare şi supărare.“ Cum rămâne cu oamenii care au boli îngrozitoare, dar nu numaidecât fatale? E rezonabil să te sinucizi dacă te confrunţi cu boala Alzheimer sau Lou Gehrig? Există ceva de genul stare mintală terminală, în care cineva care a făcut o mulţime de tratamente şi e tot nefericit poate să comită o sinucidere raţională, chiar dacă nu e bolnav? Ceea ce e raţional pentru o persoană e iraţional pentru alta, şi orice sinucidere e groaznică.

Într-un spital din Pennsylvania, am întâlnit un băiat de aproape douăzeci de ani a cărui dorinţă de a muri înclin s-o cinstesc în mod special. S-a născut în Coreea şi a fost abandonat când era sugar; când a fost găsit, aproape mort de foame, a fost dus la un orfelinat din Seul, de unde a fost adoptat, când avea şase ani, de un cuplu american alcoolic, care l-a supus abuzurilor. La doisprezece ani, a fost pus sub tutela autorităţilor publice şi trimis la spitalul de boli mintale în care l-am întâlnit. Suferă de paralizie cerebrală, care i-a afectat partea inferioară a corpului, vorbeşte greu, anevoie. În cei cinci ani pe care i-a petrecut în spital, i s-au dat toate medicamentele şi tratamentele cunoscute pe lume, inclusiv un spectru complet de tratamente antidepresive şi terapie cu electroşocuri, dar a rămas nefericit şi împovărat de suferinţă. De la sfârşitul copilăriei încoace, încercase de nenumărate ori să se sinucidă, dar, pentru că e sub îngrijire, a fost salvat de fiecare dată. Şi, dat fiind că e imobilizat într-un scaun cu rotile, într-un salon încuiat, rareori poate să fie singur, astfel ca încercările sale să aibă vreo şansă. Disperat, a încercat să nu mai mănânce; când şi-a pierdut cunoştinţa, a fost hrănit intravenos.

Cu toate că infirmitatea face ca vorbitul să fie pentru el o luptă, e perfect capabil de conversaţie raţională. „Îmi pare rău că sunt viu“, mi-a spus. „N-am vrut să fiu aici, în felul ăsta. Pur şi simplu, nu vreau să fiu aici, pe pământ. N-

am avut viaţă. Nu există lucruri care să-mi placă sau care să mă bucure. Asta e viaţa mea: la etaj, în clădirea numărul nouă a acestui spital, şi apoi înapoi aici, în clădirea numărul unu, care nu-i cu nimic mai bună ca numărul nouă. Picioarele mă dor. Am dureri peste tot. Încerc să nu vorbesc cu cei de aici. Oricum, practic toţi vorbesc singuri. Am luat o grămadă de medicamente pentru depresie. Nu cred că medicina mă poate ajuta. La etaj, ridic greutăţi cu braţele şi folosesc calculatorul, care-mi ţine mintea ocupată şi-mi abate atenţia de la ceea ce am. Dar nu-i destul. Asta n-o să se schimbe niciodată. Niciodată n-o să încetez să vreau să mă omor. E plăcut să-mi tai încheieturile. Îmi place să-mi văd sângele. Apoi, adorm. Când mă trezesc, îmi zic: «Fir’ar să fie, m-am trezit.»“ Mulţi oameni cu paralizie cerebrală duc o viaţă bogată şi satisfăcătoare. Acest tânăr e însă atât de lezat din punct de vedere psihologic şi atât de profund neprietenos, încât probabil că n-o să aibă niciodată parte de prea multă iubire, şi poate nici n-ar fi în stare s-o aprecieze dacă i-ar fi oferită. Mie-mi pare înduioşător, ca şi unora dintre cei care ajută la îngrijirea lui, dar încă nu s-a arătat nici o persoană curajoasă doritoare să renunţe la viaţă ca să-l ajute pe el; nu sunt destui oameni altruişti pe lume care să se devoteze tuturor celor ca el, care luptă împotriva propriei vieţi în fiece clipă petrecută pe această planetă. Viaţa lui înseamnă durere fizică şi durere psihică, incapacitate fizică şi fantasme psihice. Pentru mine, depresia şi dorinţa lui de a muri par cu neputinţă de tratat, şi sunt bucuros că n-am răspunderea de a mă asigura că se trezeşte de fiecare dată când izbuteşte să-şi taie încheieturile, că nu sunt cel care introduce tubul de alimentare când el nu mai vrea să mănânce. În alt spital, am întâlnit un bărbat sănătos de optzeci şi cinci de ani, care, împreună cu soţia, a luat o doză mortală de barbiturice când ei i-a apărut cancer la ficat. Erau căsătoriţi de şaizeci şi unu de ani şi aveau un pact de sinucidere. Ea a murit. El a fost reanimat. „Am fost trimis să vindec depresia tipului ăsta“, mi-a spus un tânăr psihiatru. „Să-i dau nişte pastile şi să-i fac terapie ca să nu fie deprimat din pricină că-i bătrân, bolnav, cu dureri permanente, i-a murit soţia şi a ratat sinuciderea. Sunt şase luni de atunci, e în aceeaşi stare, ar putea să mai trăiască zece ani. Eu tratez depresia. Ceea ce are el nu-i acel soi de depresie.“

Poemul lui Tennyson *Tithonus* vorbeşte despre o astfel de disperare din amurgul vieţii. Tithonus era iubitul Aurorei (Eos); ea l-a rugat pe Zeus să-i dea lui Tithonus viaţă veşnică. Zeus i-a îndeplinit dorinţa; dar ea a uitat să ceară tinereţe veşnică. Incapabil să se omoare, Tithonus trăieşte veşnic, devenind tot mai bătrân şi mai bătrân. Tânjeşte după moarte, spunându-i

fostei sale iubite:

Coldly thy rosy shadows bathe me, cold
Are all thy lights, and cold my wrinkled feet
Upon thy glimmering thresholds, when the steam
Floats up from those dim fields about the homes
Of happy men that have the power to die,
And grassy barrows of the happier dead.[435]

Povestea lui Petronius despre Sibylla din Cumae[436] – condamnată, şi ea, la nemurire fără tinereţe veşnică – avea să alcătuiască deznădăjduitul motto la *Ţara pierdută* a lui T.S. Eliot: „Când a fost întrebată «Sibilă, ce-ţi doreşti?», ea a răspuns: «Doresc să mor.»“[437] Chiar şi Emily Dickinson, care trăia liniştit în Noua Anglie, a ajuns la o concluzie asemănătoare în privinţa coborârii treptate în impas:

The Heart asks Pleasure—first—
And then—Excuse from Pain—
And then—those little Anodynes
That deaden suffering—
And then—to go to sleep—
And then—if it should be
The will of its Inquisitor
The privilege to die—[438]

În familia noastră, discuţiile despre eutanasie au început cu mult înainte ca mamei să-i apară un cancer ovarian. Am semnat cu toţii, la începutul anilor ’80, câte un document juridic (*living wills*) cuprinzând măsurile ce trebuie luate în privinţa sănătăţii noastre în cazul în care vom deveni incapabili să ne comunicăm dorinţele, şi am discutat în acea vreme – cu totul abstract – despre cât de necivilizat este că opţiunea eutanasiei, despre care ştia toată lumea că există în Olanda, nu există şi la americani. „Urăsc durerea“, a spus în treacăt mama. „Dacă ajung vreodată în punctul în care nu mai simt decât durere, sper că unul dintre voi o să mă împuşte.“ Am fost, râzând, cu toţii de acord. Cu toţii uram durerea, cu toţii consideram că moartea liniştită e cea mai bună – în somn, acasă, când eşti foarte bătrân. Fiind tânăr şi optimist, presupuneam că o să murim cu toţii în acest fel într-un moment din viitorul îndepărtat.

În august 1989, mamei i s-a pus diagnosticul de cancer ovarian. În prima

săptămână de internare, a anunţat că o să se omoare. Am încercat cu toţii să minimalizăm această declaraţie, ridicând din umeri, iar ea n-a insistat prea mult. În acel moment, nu vorbea despre un program bine gândit de eliminare a simptomelor – nu avea prea multe simptome –, mai degrabă exprima sentimentul de revoltă provocat de umilinţa a ceea ce o aştepta şi teama profundă de a-şi pierde controlul asupra propriei vieţi. Vorbea, aşadar, de sinucidere aşa cum pot vorbi despre ea cei dezamăgiţi în dragoste, ca alternativă rapidă şi uşoară la procesul dureros şi lent al însănătoşirii. Era ca şi cum ar fi vrut să se răzbune pe umilinţa pe care natura i-o hotărâse; dacă viaţa ei nu putea fi aşa frumoasă cum fusese, n-o mai voia.

Subiectul n-a mai fost pomenit câtă vreme mama a trecut prin chinuitoarea şi umilitoarea perioadă de chimioterapie. Când, după zece luni, a făcut o operaţie prin care să se verifice efectele chimioterapiei, am descoperit că tratamentul n-a fost atât de eficient pe cât sperasem, aşa că a fost prescrisă a doua serie. După operaţie, mama a zăbovit vreme îndelungată într-o stare de împotrivire faţă de conştiinţa alterată de furie. Când, în cele din urmă, a început iar să vorbească, a răbufnit din ea un val de mânie, şi, când a spus că o să se omoare, era de-acum o ameninţare. Protestele noastre ne-au fost zvârlite înapoi în faţă. „Sunt deja moartă“, a spus, zăcând pe patul de spital. „Ce mai aveţi aici de iubit?“ Sau ne muştruluia: „Dacă m-aţi iubi, m-aţi ajuta să scap de suferinţa asta.“ Orice brumă de încredere pe care o avusese în chimioterapie pierise şi a acceptat o nouă serie de tratamente, cu condiţia să-i aducă cineva „pastilele alea“, ca să poată termina oricând ar fi pregătită.

Avem tendinţa să le facem pe plac celor foarte, foarte bolnavi. Nu exista altă reacţie la furia şi disperarea mamei mele după operaţie decât să spunem „da“ la orice ne-ar fi cerut. Locuiam la Londra în acea vreme: veneam acasă o dată la două săptămâni, ca s-o văd. Fratele meu era la Facultatea de Drept din New Haven şi petrecea zile întregi în tren. Tata îşi neglija biroul ca să stea acasă. Ne agăţam cu toţii de mama – care fusese mereu centrul familiei noastre unite – şi oscilam între tonul uşor, dar plin de sens, care fusese dintotdeauna stilul nostru, şi o solemnitate înspăimântătoare. Şi totuşi, când ea s-a destins, devenind copia fidelă a celei care fusese mereu, ideea sinuciderii ei, deşi căpătase rezonanţă, a dat iar înapoi. A doua serie de chimioterapie părea că dă rezultate, iar tata a cercetat o jumătate de duzină de alte opţiuni de tratament. Mama îşi făcea din când în când sumbrele remarci despre sinucidere, dar noi continuam să-i spunem că mai e mult până ca aceste măsuri să merite să le luăm în considerare.

La ora patru, într-o după-amiază cu furtună din septembrie 1990, am telefonat să verific rezultatele unor analize care ar fi trebuit să sosească în acea zi. Când a răspuns tata, am ştiut imediat ce s-a întâmplat. Aveam să continuăm deocamdată, a zis el, cu această terapie, în vreme ce examinăm celelalte opţiuni. Nu aveam nici o îndoială ce altă opţiune avea să examineze mama. Aşa că n-ar fi trebuit să fiu surprins când mi-a spus în octombrie, la masa de prânz, că au fost puse la punct detaliile tehnice şi că acum avea pastilele. În primele faze ale bolii, mama, lipsită de ascunzişuri, suferise o modificare a înfăţişării, ca efect secundar al tratamentelor, ravagii atât de evidente, încât numai tata putea izbuti să fie orb la ele. Mama fusese frumoasă, iar pentru ea daunele fizice provocate de chimioterapie au fost extrem de dureroase – îi căzuse părul, pielea îi era alergică la orice machiaj, corpul i se descărnase, ochii îi erau încercănaţi de epuizare şi avea permanent pleoapele grele. La acel prânz din octombrie însă, începuse să capete un nou fel de frumuseţe – palidă, eterică, luminată lăuntric, cu totul diferită ca efect faţă de înfăţişarea de femeie americană ideală din anii ’50 pe care o avusese în copilăria mea. Momentul în care mama a cerut pastilele a fost, în acelaşi timp, clipa în care a acceptat (prematur sau nu) faptul că moare, iar această acceptare i-a dat o strălucire, fizică şi interioară, care mie mi s-a părut, în cele din urmă, mai puternică decât declinul ei. Când mă gândesc la acel prânz, îmi amintesc, printre altele, cât de frumoasă devenise din nou mama.

Am protestat, în vreme ce mâncam, zicând că mai este mult timp, iar ea a spus că mereu i-a plăcut să plănuiască atent lucrurile, iar acum, că avea pilulele, putea să se destindă şi să se bucure de oricât timp i-a mai rămas, fără să-şi facă griji în privinţa sfârşitului. Eutanasia e legată de un termen, şi am întrebat-o pe mama care e punctul ei terminus. „Atâta vreme cât există cea mai mică şansă de a mă face bine“, a zis, „o să continuu tratamentele. Când vor spune că mă ţin în viaţă, dar fără vreo şansă de vindecare, o să mă opresc. Când o să fie vremea, o să ştim cu toţii. Nu-ţi face griji. N-o să le iau înainte de asta. Între timp, am de gând să mă bucur de tot timpul care a mai rămas.“

Tot ce fusese insuportabil pentru mama a fost făcut suportabil – când a avut pastilele – de cunoaşterea sigură a faptului că, atunci când ar deveni cu adevărat insuportabil, ar pune punct. Trebuie să spun că cele opt luni care au urmat – cu toate că au dus inexorabil la moartea ei – au fost cele mai fericite luni din perioada bolii; că, într-un fel de neînţeles, în ciuda, sau poate că din pricina suferinţei din ele, au fost printre cele mai fericite luni din vieţile noastre. După ce pusesem la cale viitorul, puteam să trăim pe deplin

prezentul, lucru pe care nici unul dintre noi nu-l mai făcuse cu adevărat până atunci. Ar trebui să subliniez faptul că vărsăturile, greaţa, căderea părului, aderenţele – erau mereu prezente, că gura mamei era toată o rană ce părea că nu se vindecă niciodată, că trebuia să-şi adune puterile zile întregi ca să poată ieşi într-o după-amiază din casă, că nu putea să mănânce aproape nimic, era plină de alergii, tremura atât de tare, încât, în unele zile, nu putea ţine furculiţa şi cuţitul – şi totuşi, chinul continuării chimioterapiei părea brusc lipsit de importanţă, deoarece aceste simptome erau permanente doar până ce hotăra ea că nu mai suportă, aşa că boala nu mai avea control asupra ei. Mama era o femeie extrem de iubitoare, şi în aceste luni s-a oferit iubirii aşa cum n-am mai văzut vreodată pe cineva s-o facă. În *Précis de décomposition*, E.M. Cioran scrie: „Consolarea prin sinuciderea posibilă lărgeşte într-un spaţiu infinit acest lăcaş în care ne sufocăm. […] Este oare bogăţie mai mare decât sinuciderea pe care fiecare o poartă cu sine?“[439]

Am citit de atunci, şi m-a emoţionat mult, biletul de adio lăsat de Virginia Woolf, într-un spirit atât de asemănător cu termenii plecării mamei mele. Virginia Woolf i-a scris soţului:

Dragul meu,

Vreau să-ţi spun că mi-ai oferit fericire deplină. Nimeni n-ar fi putut să facă mai mult decât ai făcut tu. Te rog să fii convins.

Dar ştiu că n-am să pot trece niciodată peste asta: şi-ţi irosesc viaţa. E nebunia asta. Nimic din ce ar putea spune cineva nu mă poate convinge. Poţi munci, şi o să-ţi fie mult mai bine fără mine. Vezi, nu pot scrie nici măcar asta, ceea ce arată că am dreptate. Tot ce vreau să spun e că, până să se declanşeze boala asta, am fost absolut fericiţi. Totul datorită ţie. Nimeni n-ar fi putut să fie aşa de bun ca tine, din prima zi până acum. Toată lumea ştie asta.

V.

O să-mi distrugi toate hârtiile?[440]

E o însemnare neobişnuit de emoţionantă tocmai pentru că este imparţială şi atât de limpede în privinţa bolii. Există oameni care se omoară din cauză că n-au găsit, ori poate că n-au căutat, un tratament. Sunt apoi cei care se omoară din cauză că boala lor cu adevărat nu răspunde la tratament. Dacă aş fi crezut într-adevăr când am fost bolnav că starea mea e permanentă, m-aş fi omorât. Chiar dacă aş fi crezut că e ciclică, aşa cum ştia Virginia Woolf că este maladia sa, m-aş fi omorât dacă ciclurile ar fi părut împovărate de prea

multă deznădejde. Virginia Woolf ştia că o să depăşească durerea pe care o simte, însă nu voia să treacă prin ea şi să aştepte să dispară; se săturase să stea în expectativă, şi era vremea să plece. Scria:

> Oh, începe, vine… oroarea… fizic, ca un val de durere care se umflă în jurul inimii… zvârlindu-mă-n sus. Sunt nefericită, nefericită! Cad… Doamne, aş vrea să mor. Pauză. Dar de ce simt asta? Să mă uit cum se ridică valul. Mă uit. Cădere. Da; simt asta. Cădere, cădere. (Valul se ridică.) Valul se prăbuşeşte. Aş vrea să mor! Nu mai am decât puţini ani de trăit, sper. Nu mai pot ţine piept ororii ăsteia… (aici, valul se revarsă peste mine).
>
> Asta continuă; de mai multe ori, cu feluri diferite de oroare. Apoi, la criză, în loc ca durerea să rămână puternică, devine destul de vagă. Aţipesc. Mă trezesc tresărind. Iarăşi valul! Durerea iraţională: senzaţia de cădere; în general, un incident anume.
>
> În cele din urmă, zic pe cât de imparţial sunt în stare: Acum, vino-ţi în fire. Gata cu asta. Cuget. Trec în revistă oamenii fericiţi şi nefericiţi. Îmi adun forţele să împing, să arunc, să dobor. Încep să înaintez orbeşte. Simt cum se prăbuşesc piedicile. Zic că nu contează. Nimic nu contează. Devin ţeapănă şi dreaptă, şi iarăşi dorm, şi pe jumătate trează, şi simt că se porneşte valul, şi mă uit cum se luminează, şi mă-ntreb cum o să fie de data asta, micul dejun şi lumina zilei o să-i vină de hac. Oare toată lumea trece prin starea asta? De ce am atât de puţină stăpânire? Nu e de lăudat, nici de iubit. E pricina multor pierderi şi dureri din viaţa mea.[441]

I-am scris fratelui meu în cea de-a treia criză de depresie, înainte să ştiu cât de repede avea să treacă: „Nu pot să-mi petrec fiecare al doilea an în felul ăsta. Între timp, mă străduiesc din răsputeri să rezist. Am făcut rost de un pistol care era aici, în casă, şi i l-am încredinţat unui prieten, pentru că nu voiam să ajung să-l folosesc, într-un moment de impulsivitate. Nu-i ridicol? Să-ţi fie teamă că o să ajungi să-ţi foloseşti pistolul? Să trebuiască să-l ţii altundeva şi să-i dai instrucţiuni cuiva să nu ţi-l înapoieze?“ Sinuciderea este cu adevărat mai mult o reacţie la anxietate decât o soluţie la depresie: nu e acţiunea unei minţi neputincioase, ci a uneia chinuite. Simptomele fizice ale anxietăţii sunt atât de acute, încât par să ceară o reacţie fizică: nu pur şi simplu suicidul mental al amuţirii şi somnului, ci cel fizic al sacrificării propriei fiinţe.

Mama pusese la punct amănuntele, iar tata, care obişnuia să plănuiască minuţios, a trecut în revistă totul, ca şi cum o repetiţie generală ar fi epuizat dinainte o parte din durerea pricinuită de evenimentul însuşi. Am plănuit cum o să venim acasă, fratele meu şi cu mine, cum mama o să ia antiemeticele, ce moment al zilei ar fi cel mai potrivit pentru asta; am discutat fiecare amănunt, până la firma de pompe funebre. Am căzut de acord să facem înmormântarea la două zile după moarte. Am plănuit împreună cam aşa cum făceam cu petrecerile şi concediile în familie, cu Crăciunul. Am descoperit, acolo şi în alte părţi, formalităţi în cadrul cărora aveau să se stabilească ori să se comunice multe lucruri. Mama s-a apucat în linişte să ne arate foarte clar

tuturor emoţiile sale, cu gândul ca, în câteva luni, să rezolve toate neînţelegerile din familie, făcându-le transparente. A spus cât de mult ne iubeşte pe toţi şi a scos la lumină forma şi structura acestei iubiri; a rezolvat vechi ambivalenţe şi a formulat cu o nouă claritate acceptarea. A rezervat zile separate pentru fiecare dintre prietenii săi – şi avea mulţi prieteni –, ca să-şi ia rămas-bun; cu toate că puţini dintre ei ştiau ce are de gând, s-a asigurat că fiecare cunoaşte locul important pe care-l ocupă în afecţiunea sa. Râdea mult în acea perioadă; simţul umorului, cald şi cuprinzător, părea să se extindă şi asupra medicilor care o otrăveau lună de lună, şi asupra surorilor care erau martorele năruirii ei treptate. Într-o după-amiază, m-a convins s-o ajut să-i cumpere strămătuşii mele de nouăzeci de ani o geantă, şi, cu toate că „expediţia“ a sleit-o de puteri în aşa hal, încât a zăcut trei zile, ne-a înviorat pe amândoi. A citit tot ce am scris eu, cu un amestec de agerime şi generozitate pe care nu l-am mai întâlnit la nimeni, o nouă calitate a ei, mai blândă decât pătrunderea cu care-mi judecase munca înainte. A dăruit lucruri mărunte şi a comandat lucruri mai mari, care nu trebuiau să fie date încă. A comandat retapiţarea mobilierului din toată casa, ca să lase casa cât mai în ordine, şi a ales modelul pietrei de mormânt.

Puţin câte puţin, părea că ne obişnuim cu ideea că planul ei de sinucidere e o realitate. Avea să spună mai târziu că s-a gândit să facă totul de una singură, dar şi-a zis că şocul ar fi mai mare decât dacă există amintirea că am fost împreună cu ea în această trăire. Cât despre noi – voiam să fim acolo. Viaţa mamei era a altora, şi uram cu toţii ideea ca ea să moară singură. Era important, în ultimele luni ale mamei mele pe pământ, să ne simţim foarte legaţi, ca nici unul dintre noi să nu rămână cu sentimentul că au fost secrete nedezvăluite şi planuri ascunse. Conspiraţia noastră ne-a adus şi mai aproape unii de alţii, mai aproape decât fusesem vreodată.

Dacă n-ai încercat niciodată şi nici n-ai ajutat pe cineva să treacă prin asta, nu-ţi poţi închipui ce greu e să te omori. Dacă moartea ar fi ceva pasiv, care li se întâmplă celor care nu se ostenesc să i se împotrivească, iar viaţa ar fi ceva activ, care continuă doar în virtutea faptului că o faci zilnic, atunci problema lumii ar fi depopularea, nu suprapopularea. Grozav de mulţi oameni duc o viaţă de disperare tăcută, iar dacă nu se omoară e numai pentru că nu-şi pot aduna resursele necesare ca s-o facă.

Mama a hotărât să-şi curme viaţa pe 19 iunie 1991, la cincizeci şi opt de ani, din cauză că, dacă ar mai fi aşteptat, ar fi fost prea slăbită ca să-şi ia viaţa, iar pentru sinucidere e nevoie de putere şi de un fel de intimitate, care

nu există în spital. În acea după-amiază, mama s-a dus la un gastroenterolog, care i-a spus că tumori mari îi blochează intestinele. Fără o operaţie imediată nu va mai putea să digere mâncarea. A spus că o să sune ca să programeze operaţia, apoi s-a întors la tata, în sala de aşteptare. Când au ajuns acasă, m-a sunat şi l-a sunat pe fratele meu. „Au fost veşti proaste“, a spus, liniştită. Am ştiut ce vrea să zică, dar nu mă puteam hotărî s-o rostesc eu însumi. „Cred că e vremea“, a zis. „Ar fi bine să vii încoace.“ A fost foarte aproape de ceea ce plănuisem.

M-am dus în centru, oprindu-mă în drum să-l iau pe fratele meu de la birou. Ploua cu găleata, iar traficul era încetinit. Vocea pe deplin calmă a mamei – folosea tonul logic pe care-l folosise totdeauna pentru lucrurile pe care le plănuise, ca şi cum ne duceam acasă la cină – făcuse ca totul să pară simplu şi, când am ajuns acasă, am găsit-o lucidă şi destinsă, într-o cămaşă de noapte cu trandafiri roz şi un halat de baie lung. „Ar trebui să mănânci un pic“, a zis tata. „Asta ajută la înghiţirea pastilelor.“ Aşa că ne-am dus în bucătărie, iar mama a făcut chifle prăjite cu unt şi ceai. La cină, cu câteva seri înainte, mama şi fratele meu au tras de un iadeş, şi mama a câştigat. „Ce dorinţă ţi-ai pus?“ a întrebat-o acum fratele meu pe mama, şi ea a zâmbit. „Mi-am dorit ca totul să se termine cât mai repede şi mai nedureros posibil“, a zis. „Şi dorinţa mi s-a împlinit.“ S-a uitat în jos la chifla mea prăjită. „Mi s-au împlinit dorinţele de atât de multe ori.“ Tocmai atunci, fratele meu a deschis o cutie cu fursecuri, iar mama, cu acel ton de ironie drăgăstoasă care o caracteriza, a zis: „David. Pentru ultima oară. Fă bine şi pune fursecurile pe o farfurie.“ Apoi, mi-a amintit să iau nişte flori uscate pe care le aranjase pentru holul de la intrare, la ţară. Aceste chestiuni de formă deveniseră intimităţi. Cred că există o anumită dramă firească în moartea din cauze naturale: există simptome şi crize bruşte, sau, în lipsa lor, şocul surprizei întreruperii. Ciudat în această experienţă era faptul că nu găseai în ea nimic brusc sau neprevăzut. Drama era în absenţa dramei, în experienţa sufocantă a faptului că nimeni nu se abătea în nici o privinţă de la rolul său.

Întoarsă în dormitor, mama şi-a cerut din nou iertare că ne implică pe toţi. „Dar cel puţin voi trei ar trebui să fiţi împreună după aceea“, a adăugat. Mama – care fusese totdeauna de părere că trebuie să ai o rezervă suficientă din orice – avea deja de două ori mai mult seconal decât îi trebuia. „Aşa m-am săturat să iau pastile“, a zis ironic. „Ăsta-i un lucru căruia n-am să-i duc dorul.“ Şi a început să le ia, cu un fel de expertă delicateţe, ca şi cum miile de pastile pe care trebuise să le ia în doi ani de cancer fuseseră antrenamentul

pentru acest moment – aşa cum am învăţat eu mai apoi să iau antidepresive cu pumnul. „Cred că asta e destul“, a zis, când grămăjoara a dispărut. A încercat să bea un pahar de vodcă, dar a zis că o îngreţoşează. „Asta-i cu siguranţă mai bine decât să mă vedeţi ţipând pe un pat de spital?“ Fireşte că era mai bine, exceptând faptul că acea imagine era încă de domeniul fanteziei, iar aceasta devenise realitate. Realitatea, în aceste situaţii, este, de fapt, mai rea ca orice.

Au mai fost apoi cam patruzeci şi cinci de minute, în care a spus ultimele lucruri pe care le avea de spus, iar noi am spus ultimele lucruri pe care le aveam de spus. Încetul cu încetul, vorbele i s-au împleticit, dar îmi era limpede că ceea ce spunea fusese gândit bine. Şi atunci, a venit drama morţii ei, pentru că, pe măsură ce devenea mai indistinctă, devenea şi mai liberă, şi mi se părea că spune mai mult decât ar fi putut să plănuiască. „Aţi fost cei mai iubiţi copii“, a zis, uitându-se la noi. „Până v-aţi născut voi, habar n-aveam că aş putea să simt ce am simţit atunci. Deodată, eraţi acolo. Toată viaţa citisem cărţi despre mame care spuneau pline de curaj că ar muri pentru copiii lor, şi exact asta simţeam. Aş fi murit pentru voi. Nu puteam suferi gândul ca voi să fiţi nefericiţi. Cât de tare mă durea când eraţi nefericiţi! Voiam să vă învălui în iubirea mea, să vă apăr de toate lucrurile cumplite din lume. Voiam ca iubirea mea să transforme lumea într-un loc fericit, şi vesel, şi sigur pentru voi.“ David şi cu mine şedeam pe patul părinţilor, pe care mama era culcată la locul său obişnuit. Mi-a ţinut o clipă mâna, apoi mâna lui David. „Vreau să simţiţi că iubirea mea e totdeauna aici, că o să continue să vă învăluie şi după ce n-o să mai fiu. Cea mai mare speranţă a mea e că iubirea pe care v-am dat-o va rămâne cu voi cât veţi trăi.“

În momentul acela, vocea îi era fermă, ca şi cum timpul n-ar fi fost împotriva ei. S-a întors către tata. „Aş fi dat bucuroasă decenii din viaţa mea ca să fiu cea care pleacă prima“, a zis. „Nu-mi pot închipui ce aş fi făcut dacă ai fi murit înaintea mea, Howard. Eşti viaţa mea. Treizeci de ani ai fost viaţa mea.“ S-a uitat la fratele meu şi la mine. „Şi apoi te-ai născut tu, Andrew. Şi apoi tu, David. Mai veniseră doi, şi atunci au fost trei oameni care mă iubeau cu adevărat. Şi vă iubeam pe toţi. Asta mă copleşea, mă subjuga.“ S-a uitat la mine – plângeam, deşi ea nu plângea – şi a luat un ton de mustrare blândă. „Să nu crezi că-mi aduci un soi de mare ofrandă dacă laşi ca moartea mea să devină marele eveniment al vieţii tale“, mi-a spus. „Cea mai mare ofrandă pe care mi-o poţi aduce, ca mamă, e să mergi mai departe şi să ai o viaţă bună şi împlinită. Bucură-te de ceea ce ai.“

Apoi, vocea i-a devenit greoaie, ca în vis. „Azi, sunt tristă. Sunt tristă că plec. Dar, chiar şi cu moartea asta, n-aş vrea să-mi schimb viaţa cu nici o alta din lume. Am iubit deplin şi am fost iubită deplin, şi am trăit minunat.“ A închis ochii, iar noi am crezut că pentru ultima oară, dar apoi i-a deschis iar şi s-a uitat, pe rând, la fiecare dintre noi, şi ochii i s-au oprit la tata. „Am căutat atât de multe lucruri în viaţă“, a zis, cu vocea lentă ca o înregistrare redată la viteză greşită. „Atâtea lucruri. Şi tot timpul raiul a fost în această încăpere, cu voi trei.“ Fratele meu îi masa umerii. „Mulţumesc pentru masaj, David“, a spus, şi apoi a închis ochii pentru totdeauna. „Carolyn!“ a spus tata, dar ea n-a mai mişcat. Am văzut altă moarte – pe cineva împuşcat – şi-mi amintesc că am simţit că moartea nu-i aparţinea persoanei care murise: îi aparţinea pistolului şi clipei. Moartea aceasta îi aparţinea mamei mele.

Filozoful american contemporan Ronald Dworkin a scris: „Moartea are supremaţia, pentru că nu-i doar începutul nimicului, ci şi sfârşitul tuturor lucrurilor, şi felul în care gândim şi vorbim despre moarte – accentul pe care-l punem pe a muri cu «demnitate» – arată cât de important este ca viaţa să se încheie în mod *adecvat*, ca moartea să fie în conformitate cu felul în care am trăit.“[442] Dacă nu pot spune nimic altceva despre moartea mamei mele, pot spune că a fost în conformitate cu viaţa sa. Ceea ce n-am prevăzut a fost măsura în care avea să mă ispitească la sinucidere. În *Recviem*, Rilke scria: „Avem nevoie în iubire să facem doar asta: fiecare dintre noi să-i dea drumul celuilalt. Căci a ţine e uşor; n-avem nevoie s-o învăţăm.“[443] Dacă aş fi fost în stare să asimilez acea lecţie, poate că n-aş fi căzut în depresie; căci această moarte extraordinară a fost ceea ce a precipitat primul episod. Nu ştiu care era nivelul vulnerabilităţii mele, sau dacă aş fi avut o cădere psihică în cazul în care n-aş fi trecut printr-o experienţă atât de dureroasă. Eram legat atât de strâns de mama, sentimentul nostru de rudenie era atât de rezistent, încât poate că am fost programat să fiu incapabil să suport pierderea.

Sinuciderea asistată e o modalitate legitimă de a muri; în cel mai bun caz, e plină de demnitate; dar rămâne sinucidere, iar sinuciderea este, în general, cel mai trist lucru din lume. În măsura în care o ajuţi, e totuşi un gen de omor, iar omorul nu e ceva cu care să te împaci uşor. O să iasă la lumină, şi nu totdeauna în moduri agreabile. Nimic nu citisem despre eutanasie – scris de cei care au participat – care să nu fie, la un nivel profund, o justificare: a scrie sau a vorbi despre propria implicare în eutanasie este, inevitabil, o pledoarie pentru iertare. După moartea mamei, eu am fost cel care s-a ocupat de curăţenie în apartamentul părinţilor, sortând îmbrăcămintea mamei, hârtiile ei

şi aşa mai departe. Baia era ticsită de rămăşiţe ale bolii în fază finală, inclusiv instrumentele pentru îngrijirea perucilor, unguente şi loţiuni pentru reacţiile alergice şi flacoane peste flacoane cu pastile. Într-un colţ din dulăpiorul cu medicamente, în spatele vitaminelor, analgezicelor, medicamentelor pentru stomac, al celor pentru reechilibrarea unor hormoni, al diverselor combinaţii de somnifere pe care le-a luat când boala şi teama conspirau ca s-o ţină trează – în spatele a toate astea am găsit, ca un ultim dar din cutia Pandorei, restul de seconal. Aruncam de zor flacon după flacon, dar, când am ajuns la acele pastile, m-am oprit. Eu însumi temându-mă de boală şi de deznădejde, am băgat flaconul în buzunar şi l-am pitit în colţul cel mai depărtat din dulăpiorul meu de medicamente. Îmi aminteam ziua aceea din octombrie în care mama mi-a spus: „Am pastilele. Când vine vremea, voi putea s-o fac.“

La zece zile după ce am terminat de curăţat baia mamei, tata m-a sunat furios: „Ce s-a întâmplat cu restul de seconal?“ a întrebat, şi i-am zis că am aruncat toate pastilele din casă care erau pe numele mamei. Am adăugat că el părea deprimat şi că mă deranja gândul că are la îndemână medicamentul. „Pastilele alea“, a zis, şi i s-a frânt vocea, „n-aveai dreptul să le arunci“. După o pauză lungă, a zis: „Le păstram pentru mine, în cazul în care m-aş îmbolnăvi şi eu într-o zi. Ca să nu mai trebuiască să fac rost de ele.“ Cred că pentru fiecare dintre noi era ca şi cum mama ar mai fi trăit în pastilele acelea roşii, ca şi cum cel care poseda otrava prin care murise ea păstra şi un fel de acces ciudat la viaţa ei. Era ca şi cum, prin planul de a lua restul de pastile, eram cumva legaţi iarăşi de mama, ca şi cum am fi putut să ne alăturăm ei, murind aşa cum murise ea. Am înţeles atunci cum stau lucrurile cu epidemiile de sinucideri. Singura noastră consolare în faţa pierderii mamei mele era planul de a repeta noi înşine plecarea ei.

De-abia după câţiva ani am putut inversa acea formulă, făurindu-ne o istorie mai bună. Revenirea mea din starea de depresie a fost, pentru tata, un triumf al iubirii, inteligenţei şi voinţei sale: încercase să salveze un membru al familiei şi a eşuat, dar a reuşit să-l salveze pe altul. Am participat la o sinucidere şi am evitat alta. Tendinţa de suicid nu e puternică atâta vreme cât situaţia mea, psihologică sau de alt fel, pare – pentru mine sau pentru cei din jur – că poate fi îmbunătăţită. Termenii propriei sinucideri, dacă lucrurile se schimbă prea mult, îmi sunt însă cât se poate de limpezi. Sunt uşurat şi chiar mândru că nu m-am lăsat doborât să-mi iau viaţa când m-am simţit foarte rău. Am de gând să ţin din nou piept adversităţii, dacă e nevoie. Din punct de vedere psihologic, nu trebuie să mă gândesc prea mult dacă hotărăsc sau nu

să mă omor, pentru că, în mintea şi inima mea, sunt mai pregătit pentru asta decât pentru greutăţile zilnice care-mi marchează dimineţile şi după-amiezile. Între timp, mi-am recuperat pistolul şi am căutat surse pentru mai mult seconal. După ce am fost martor la tihna pe care a găsit-o mama în finala ei împărăţie, pot înţelege cum, când suferinţa pare uriaşă şi vindecarea imposibilă, logica eutanasiei devine irefutabilă. Nu e de bun-gust, în termeni politici, să îmbini sinuciderea în faţa bolii psihiatrice cu sinuciderea în faţa bolii fizice, dar cred că există asemănări surprinzătoare. Ar fi fost îngrozitor ca ziarele să fi anunţat la o zi după moartea ei că o descoperire revoluţionară poate să vindece cancerul ovarian. Dacă singura ta problemă e tendinţa de suicid, sau depresia, atunci e tragic să te omori înainte de a încerca orice expedient. Când ajungi însă psihic la punctul de rupere şi ştii, şi ai acordul celorlalţi, că viaţa ta a depăşit orice grozăvie – sinuciderea devine un drept. Apoi (cât de gingaşă, de dificilă e clipa aceasta!) devine o obligaţie pentru cei care trăiesc acceptarea voinţei celor care nu doresc şi nu vor dori să trăiască.

Problema sinuciderii ca ţinere sub control n-a fost cercetată suficient. Dorinţa de a păstra controlul a motivat moartea mamei mele, şi acea motivaţie există pentru mulţi oameni care-şi iau viaţa în condiţii foarte diferite. Alvarez scrie: „Sinuciderea este, la urma urmei, rezultatul unei alegeri. Oricât ar fi de impulsivă acţiunea şi oricât ar fi de confuze motivele, în momentul în care un om hotărăşte să-şi ia viaţa ajunge la o anumită limpezime temporară. Sinuciderea poate fi o declaraţie de faliment care dă verdictul unei vieţi cu o lungă istorie a eşecurilor. Dar este o hotărâre care, prin însăşi finalitatea ei, nu e cu totul un eşec. Există, cred, o întreagă clasă de sinucigaşi care-şi iau viaţa nu ca să moară, ci ca să scape de confuzie, ca să-şi limpezească mintea. Ei îşi premeditează suicidul, ca să-şi creeze o realitate degrevată sau să spargă tiparele obsesiei şi necesităţii pe care le-au impus involuntar vieţii lor.“[444]

*

Nadejda Mandelştam, soţia marelui poet rus Osip Mandelştam, scria cândva: „În război, în lagărele de concentrare şi în perioadele de teroare, oamenii se gândesc mult mai puţin la moarte (ca să nu mai vorbim de sinucidere) decât când duc o viaţă normală. Ori de câte ori într-un anume loc de pe Pământ sunt prezente într-o formă acută spaima de moarte şi avalanşa problemelor totalmente insolubile, întrebările generale despre natură trec într-un plan secund. Cum am putea sta fascinaţi în faţa forţelor naturii şi a legilor veşnice ale existenţei când urâcioasa spaimă e atât de prezentă în viaţa de zi

cu zi? Poate că e mai bine să vorbim în termeni mai concreţi despre plenitudinea şi forţa existenţei şi, în acest sens, poate că ar fi ceva mult mai convingător în ataşamentul nostru disperat faţă de viaţă decât ceea ce se străduiesc în general oamenii să facă.“[445] Când i-am pomenit de asta unui prieten care a supravieţuit sistemului penitenciar sovietic, a confirmat: „Ne împotriveam celor care voiau să ne amărască viaţa“, a spus. „Trebuia zădărnicită sinuciderea, şi aproape toţi eram hotărâţi să nu le dăm această satisfacţie asupritorilor noştri. Cei mai puternici erau cei care puteau să trăiască, iar viaţa noastră era împotrivire – asta-i hrănea. Cei care voiau să ne ia viaţa erau duşmani, iar ura şi împotrivirea noastră faţă de ei ne ţineau în viaţă. Dorinţa noastră a devenit mai puternică în faţa suferinţei îndurate. Nu cât am fost acolo am vrut să murim, chiar dacă înainte fuseserăm persoane destul de amărâte. După ce am ieşit, a fost altceva; nu era neobişnuit pentru supravieţuitorii lagărelor să se sinucidă când reveneau în societatea pe care o lăsaseră în urmă. Când nu mai aveam la ce să ne împotrivim, raţiunea noastră de a trăi trebuia să vină din eul nostru, dar, în multe cazuri, eul nostru fusese distrus.“

Scriind despre lagărele de concentrare naziste, nu despre cele sovietice, Primo Levi a observat: „În majoritatea cazurilor, ceasul eliberării n-a fost nici vesel, nici lipsit de griji. Pentru cei mai mulţi, el a venit pe fundalul distrugerii, măcelului şi suferinţei. Pe măsură ce simţeau că devin iarăşi oameni, adică responsabili, necazurile acestora şi-au făcut din nou apariţia: tristeţea pentru destrămarea ori pierderea familiilor; suferinţa generală din jur; propria extenuare, ce părea definitivă, cu neputinţă de vindecat; problemele unei vieţi pe care trebuie s-o iei de la capăt, adesea singur, în mijlocul ruinelor.“[446] Asemenea maimuţelor şi cobailor care se automutilează când sunt expuşi izolării necorespunzătoare, supraaglomerării şi altor condiţii chinuitoare, oamenii sunt purtătorii unei forme organice a disperării şi a exprimării acesteia. Există lucruri pe care i le poţi face unei persoane ca s-o împingi la sinucidere, şi acele lucruri au fost făcute în lagărele de concentrare. După ce ai trecut acel hotar, e greu să-ţi păstrezi moralul. La supravieţuitorii lagărelor de concentrare, există o rată mare a sinuciderilor, şi unii oameni se miră că poţi să ieşi viu din lagăr şi să-ţi pui apoi capăt zilelor. Eu nu cred că e un lucru surprinzător. Sinuciderea lui Primo Levi a fost explicată în multe feluri. Mulţi oameni au zis că, de vreme ce dăduse dovadă de atâta speranţă şi de un spirit atât de luminat în ultimii ani ai vieţii, de vină trebuie să fi fost medicamentele pe care le lua.[447] Eu cred că sinuciderea a

mocnit permanent în el, că niciodată n-a fost încântat că a fost salvat, că n-a existat nimic comparabil cu oroarea pe care a trăit-o. Poate că pastilele, ori starea atmosferică, ori altceva a eliberat în el acelaşi impuls care-l face pe cobai să-şi reteze coada cu dinţii, dar cred că starea de spirit esenţială a fost mereu acolo după grozăvia lagărului. Încercările prin care trece cineva pot cu uşurinţă să tragă pe sfoară factorii genetici şi să-i facă asta omului.

Omuciderea e mai obişnuită decât sinuciderea în rândurile celor privaţi de drepturi, în vreme ce sinuciderea are o rată mai mare decât omuciderea la cei care deţin puterea. Spre deosebire de credinţa populară, suicidul nu este ultimul refugiu al minţii depresive. Nu este cea din urmă clipă a declinului spiritual. De fapt, riscul de sinucidere e mai mare la cei reveniţi de curând de la spital decât la cei care sunt în spital, şi nu numai pentru că au dispărut restricţiile din spital. Sinuciderea este răzvrătirea minţii împotriva ei înseşi, o dublă deziluzie de o complexitate pe care mintea pe deplin depresivă n-o poate înţelege. Eliberarea eului de sine e un act de voinţă. Cu greu şi-ar putea imagina pacifica depresie suicidul; e nevoie de lumina recunoaşterii de sine pentru a distruge obiectul acelei recunoaşteri. Oricât de greşit ar fi acel impuls, cel puţin este un impuls. Dacă nu există altă consolare într-o sinucidere ce n-a fost evitată, cel puţin există gândul persistent că a fost mai curând un act de curaj care şi-a greşit ţinta şi de forţă regretabilă, decât un act de extremă slăbiciune şi de laşitate.

Mama mea a luat prozac, apoi un medicament nou, timp de o lună în timpul luptei sale cu cancerul. A spus că o amorţea prea tare – şi că o făcea să fie agitată, ceea ce, în combinaţie cu efectele secundare ale chimioterapiei, era mai mult decât putea să suporte. „Mergeam azi pe stradă“, a zis, „şi m-am gândit că probabil sunt pe moarte. Şi apoi, m-am gândit: ce să mâncăm la prânz? Cireşe? Sau pere? Şi cele două lucruri le simţeam mult prea asemănătoare.“ Avea un motiv exterior suficient pentru depresie. Credea cu tărie în autenticitate. După cum am spus, cred că a suferit ani în şir de o uşoară depresie; dacă am genele depresiei, bănuiesc că le am de la ea. Mama credea în ordine şi în organizare. Nu-mi pot aminti – iar la şedinţele de psihanaliză m-am străduit mult – vreo situaţie când mama nu s-a ţinut de cuvânt. Nu-mi pot aminti să fi întârziat vreodată la o întâlnire. Cred acum că ţinea la această lege solemnă în viaţa ei nu numai din respect faţă de ceilalţi, ci şi deoarece circumscria o înţelepciune pe care a avut-o dintotdeauna. Cea mai mare fericire a mea când eram copil era s-o fac pe mama fericită. Mă pricepeam la asta, şi nu era lucru uşor. Cred, privind înapoi, că mereu a avut

nevoie să fie distrasă de la tristeţe. Nu-i plăcea să fie singură. Mi-a spus odată că asta e pentru că a fost singură la părinţi. Cred că era în ea un rezervor de singurătate, ceva care mergea mult mai adânc decât faptul că a fost singură la părinţi. De dragul iubirii ei covârşitoare faţă de familie, a ţinut asta în frâu, şi a fost norocoasă că a avut capacitatea s-o facă. Cu toate acestea, depresia era acolo. Şi cred că acesta e motivul pentru care era atât de bine pregătită pentru supliciul sinuciderii.

Aş spune despre sinucidere că nu e totdeauna o tragedie pentru cel care moare, dar totdeauna vine prea repede şi prea brusc pentru cei lăsaţi în urmă. Cei care condamnă dreptul de a muri fac un mare deserviciu. Cu toţii vrem să avem asupra vieţii mai mult control decât avem, iar dictarea condiţiilor vieţii altora ne face să ne simţim în siguranţă. Nu există vreun motiv de a le interzice oamenilor cea mai veche formă de libertate. Cu toate acestea, cred că aceia care, prin faptul că sprijină dreptul de a muri, deosebesc în mod absolut unele sinucideri de altele spun o minciună, în vederea unui scop politic. Fiecare om are dreptul să stabilească limitele propriilor chinuri. Din fericire, limitele pe care şi le stabilesc cei mai mulţi dintre oameni sunt largi. Nietzsche spunea cândva că gândul la sinucidere ţine mulţi oameni în viaţă în partea cea mai întunecată a nopţii.[448] Cu cât ajungi – aş spune – să accepţi ideea sinuciderii raţionale, cu atât va fi suicidul iraţional mai sigur. Ştiind că, dacă trec prin minutul acesta, mă pot sinucide în minutul următor, asta face cu putinţă să trec prin acest minut fără să fiu doborât cu totul. Tendinţa de suicid poate fi un simptom al depresiei; este şi un factor de ameliorare. Gândul de sinucidere te face să poţi trece prin depresie. Mă aştept să trăiesc mai departe câtă vreme pot să dau ori să primesc ceva mai bun decât durerea, dar nu făgăduiesc că n-o să mă omor niciodată. Nimic nu mă îngrozeşte mai tare ca gândul că aş putea, la un moment dat, să-mi pierd capacitatea de a mă sinucide.

Note

332. Ideea că adesea nu există o legătură cauzală între depresie şi sinucidere este preluată de la mai mulţi autori care cunosc bine ambele fenomene. Aşa cum scrie George Colt în The Enigma of Suicide, sinuciderea nu mai este considerată „ultima staţie a depresiei“, p. 43.

333. Citatul este din George Colt: ibid., p. 312.

334. Faptul că peste 40 la sută dintre toate persoanele care s-au sinucis au fost internate pentru îngrijiri psihiatrice este preluat din Jane Pirkis şi Philip Burgess, Suicide and recency of health care contacts: A systematic review, în British Journal of Psychiatry 173, 1998, p. 443.

335. Remarca lui A. Alvarez despre încercările de exorcizare este din lucrarea The Savage God, p. 96. Cuvintele sale despre sinucidere şi ambiţie apar la p. 75.

336. Aceste versuri celebre din Hamlet sunt din actul 3, scena 1, versurile 79–80; al doilea citat este

din actul 3, scena 1, versurile 83–85 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, Bucureşti, 1971, p. 221 – n.tr.). Desigur, nu există o interpretare unică şi clară a acestui discurs al lui Hamlet. Sugerez bunăoară cititorilor lucrarea lui C.S. Lewis Studies in Words, în care un capitol întreg este dedicat relaţiei dintre „conştiinţă“ şi „conştient“. De asemenea, remarc interpretarea strălucit de lucidă oferită de Harold Bloom în Shakespeare: The Invention of the Human.

337. Ambele citate din Hamlet, în traducerea lui Ion Vinea, sunt din volumul Shakespeare, Teatru, Editura Univers, Bucureşti, 1971 (n.tr.).

338. Ideea lui Albert Camus că sinuciderea este o problemă filozofică apare în The Myth of Sisyphus and Other Essays, p. 3 (cf. şi trad. rom. de Irina Mavrodin în Camus, Faţa şi reversul. Nunta. Mitul lui Sisif. Omul revoltat. Vara, Editura Rao, 2001 – n.ed.)..

339. Remarcile lui Schopenhauer sunt din eseul On Suicide, din The Works of Schopenhauer, p. 437.

340. Afirmaţia lui Santyana provine din The Encyclopedia of Suicide, Glen Evans (coord.), p. ii.

341. Remarca lui Freud despre faptul că nu avem mijloace adecvate de abordare a problemei sinuciderii este luată dintr-un discurs ţinut la o adunare a Societăţii Psihanalitice Vieneze pe tema sinuciderii, 20 şi 27 aprilie 1910. Am preluat-o aşa cum apare în eseul lui Litman Sigmund Freud on Suicide, din Essays in Self-Destruction, Edwin Schneidman (coord.), p. 330.

342. Albert Camus vorbeşte despre lipsa de logică a amânării morţii în The Myth of Sisyphus and Other Essays, p. 3 (cf. şi trad. rom. cit. – n.ed.).

343. Citatul din Pliniu este preluat din The Works of Schopenhauer, p. 433.

344. Acest citat este din John Donne, Biathanatos, p. 39.

345. Citatul din Schopenhauer este din lucrarea Essays and Aphorisms, p. 78.

346. Citatul din Thomas Szasz este din lucrarea sa The Second Sin, p. 67.

347. Studiul de la Harvard este descris în Herbert Hendin, Suicide in America, p. 216.

348. Citatul din Edwin Shneidman despre „sciziune“ este din lucrarea sa The Suicidal Mind, pp. 58–59.

349. Afirmaţia lui Edwin Shneidman despre dreptul la eructaţie e citată din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 341.

350. Afirmaţia că la fiecare şaptesprezece minute se sinucide cineva este calculată pe baza statisticilor privind numărul total anual de sinucideri oferite de Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) (31.000 în 1996). Iată calculul: 524.160 de minute pe an împărţit la 31.000 de minute pe an egal 1 sinucidere la 16,9 minute.

351. Afirmaţia că sinuciderea este pe locul trei pe lista cauzelor de deces la tineri este luată din site-urile despre sinucidere ale Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) (statisticile sunt pentru anul 1996). Afirmaţia că sinuciderea este pe locul doi la studenţi este luată din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 21. Statisticile comparative despre sinucidere şi SIDA şi cifra spitalizărilor în urma încercărilor de sinucidere sunt luate din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 23 şi, respectiv, p. 24.

352. Statistica Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii (OMS) despre sinucidere provine din The World Health Report, 1999. Studiul din care reiese că sinuciderea a crescut cu 260 la sută într-o arie geografică este efectuat de U. Åsgård et al., Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981, în Acta Psychiatrica Scandinavica 76 (1987).

353. Statisticile despre sinucidere şi boala maniaco-depresivă şi despre sinucidere şi depresia majoră sunt luate din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 110.

354. Legătura dintre tendinţa de suicid şi primul episod este în M. Oquendo et al., Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractary Major Depression, în Depression and Anxiety 5 (1997), p. 203.

355. Cifrele despre tentativele de suicid şi sinucideri sunt preluate din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 311.

356. Documentul în care apar statistici aparent contradictorii este Aaron Beck, Depression. La p. 57, într-o statistică despre sinucideri, Beck citează două studii care au rezultate foarte diferite. Rezultatele primului studiu „sugerează că riscul de sinucidere la un pacient internat în spital pentru depresie este de

circa cinci sute de ori mai mare decât media naţională“. Al doilea studiu, prezentat în paragraful următor, afirmă: „Prin urmare, rata de sinucidere la pacienţii deprimaţi este de douăzeci şi cinci de ori mai mare decât cea estimată […]“

357. Afirmaţia Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) că „la 90 la sută dintre oamenii care se sinucid se poate diagnostica o tulburare mintală sau legată de abuzul de substanţe toxice“ apare pe site-ul lor www.nih.gov/publicat/harm-away.cfm.

358. Faptul că rata sinuciderilor este cea mai mare lunea şi vinerea este raportat în Eric Marcus, Why Suicide, p. 23.

359. Rata sinuciderilor în raport cu orele din zi apare în M. Gallerani et al., The Time for Suicide, în Psychological Medicine 26 (1996).

360. Creşterea numărului de sinucideri în timpul primăverii este raportată în David Lester, Making Sense of Suicide, p. 153.

361. Faptul că la femei apare o rată mai mare a sinuciderilor în prima săptămână (faza menstruală) a ciclului menstrual e discutat în Richard Wetzel şi James McClure jr., Suicide and the Menstrual Cycle: A Review, în Comprehensive Psychiatry 13, nr. 4 (1972). De asemenea, autorii trec în revistă studii care arată rate înalte ale încercărilor de sinucidere în timpul celei de-a treia săptămâni (faza luteală) a ciclului menstrual. Există însă o controversă în privinţa validităţii metodologice a multe dintre aceste studii. Găsiţi o trecere în revistă critică a literaturii pe această temă în Enrique Baca-García et al., The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts, în Psychosomatic Medicine 62 (2000). Efectul graviditătţii şi naşterii asupra sinuciderii mamelor este raportat de E.C. Harris şi Brian Barraclough, Suicide as an Outcome for Medical Disorders, în Medicine 73 (1994).

362. Lucrarea decisivă a lui Émile Durkheim, Le Suicide, a fost publicată în 1897. Discutarea clasificărilor lui Durkheim este preluată din riguroasa lucrare a lui Steve Taylor, Durkheim and the Study of Suicide.

363. Patrick Henry (1736–1799) a fost una dintre figurile proeminente ale Revoluţiei Americane, unul dintre „părinţii fondatori“ ai naţiunii americane, cunoscut în special pentru celebrul său discurs „Daţi-mi libertate sau daţi-mi moarte!“ (n.ed.).

364. Citatul din Charles Bukowski l-am preluat de pe un panou de afişaj de pe Sunset Boulevard. N-am reuşit să găsesc locul în care apare în lucrările lui. Nu vă recomand să vă duceţi cu maşina pe Sunset Boulevard la orele de vârf în căutarea acestei referinţe.

365. Citatul provine din celebra, pe drept cuvânt, lucrare Democracy in America, p. 296 (cf. trad. rom. de Magdalena Boiangiu şi Beatrice Staicu, în Alexis de Tocqueville, Despre democraţie în America, vol. I, Editura Humanitas, 1995, p. 377 – n.ed.). .

366. Improvizaţia lui Émile Durkheim despre originile sociale ale sinuciderii este discutată în Steve Taylor, Durkheim and the Study of Suicide, p. 21.

367. Ideea că la adulţii, copiii şi persoanele cu boli psihice care se sinucid există o probabilitate de a avea un istoric familial suicidar de două sau trei ori mai mare decât la persoanele care n-o fac e luată din peste treizeci de studii şi apare în Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 169.

368. Paul Wender et al., Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorders, în Archives of General Psychiatry 43 (1986), raportează rate mai înalte de sinucidere în rândurile rudelor biologice decât ale celor adoptive. Găsiţi o trecere în revistă a studiilor despre gemeni identici şi sinucidere la Alec Roy et al., Genetics of Suicide in Depression, în Journal of Clinical Psychiatry, supl. 2 (1999).

369. Informaţia despre grupurile de sinucigaşi este din Kay Jamison, Night Falls Fast: locurile la pp. 144–153 şi epidemiile recente la pp. 276–280.

370. Epidemia de sinucideri care a urmat apariţiei romanului Suferinţele tânărului Werther e descrisă de Paolo Bernardini în manuscrisul nepublicat „Melancholia gravis: Robert Burton’s Anatomy (1621) and the Links between Suicide and Melancholy“.

371. Raportul despre ratele sinuciderii care sporesc când apar în mass-media materiale despre sinucideri şi raportul despre creşterea numărului de sinucideri după moartea lui Marilyn Monroe apar în

George Colt, The Enigma of Suicide.

372. O discuţie despre faptul că programele antisinucidere s-ar putea, de fapt, să îndemne la sinucidere apare în Kay Jamison, Night Falls Fast, pp. 273–275.

373. Faptul că încercările de sinucidere prezic sinuciderea apare în Rise Goldstein et al., The Prediction of Suicide, în Archives of General Psychiatry 48 (1991). Ei scriu: „Am reuşit să demonstrăm că nu numai existenţa unui istoric al încercărilor suicidare, ci şi numărul încercărilor este esenţial, deoarece riscul de sinucidere creşte cu fiecare încercare“, p. 421.

374. Citatul din Maria Oquendo et al. este din Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behaviour, în American Journal of Psychiatry 156, nr. 2 (1999), p. 193.

375. Faptul că litiul este medicamentul al cărui efect asupra tendinţei suicidare a fost cercetat cel mai mult este consemnat în Kay Jamison, Night Falls Fast, pp. 239–241.

376. Faptul că rata sinuciderilor în rândurile pacienţilor bipolari care renunţă la litiu creşte de şase ori apare în Leonardo Tondo et al., Lithium maintenance treatment reduces risk of suicidal behavior in Bipolar Disorder patients, în Lithium: Biochemical and Clinical Advances, Vincent Gallicchio şi Nicholas Birch (coord.), pp. 161– 171.

377. Faptul că la pacienţii trataţi cu electroşocuri rata sinuciderilor e mai scăzută decât la cei cărora li se aplică alte tratamente e subliniat în eseul lui Jerome Motto Clinical Considerations of Biological Correlates of Suicide, în The Biology of Suicide, Ronald Maris (coord.).

378. Ideea lui Freud că sinuciderea este un impuls ucigaş îndreptat către sine e discutată în câteva dintre lucrările sale. În „Doliu şi melancolie“, el scrie: „E adevărat, ştim de mult că nici un nevrotic nu are gânduri de sinucidere care să nu fie întoarcerea împotriva sa a impulsurilor de a ucide pe altcineva.“ V. The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. 14, p. 252.

379. Afirmaţia lui Edwin Shneidman că sinuciderea e „crimă la 180 de grade“ este reprodusă în George Colt, The Enigma of Suicide.

380. Ideea lui Freud despre instinctul morţii este prezentată în eseul lui Robert Litman Sigmund Freud on Suicide, din Essays in Self-Destruction, Edwin Schneidman (coord.), p. 330.

381. Formularea lui Karl Menninger este citată în George Colt, The Enigma of Suicide.

382. Versurile lui Chesterton sunt preluate din Glen Evans şi Norman L. Farberow, The Encyclopedia of Suicide, p. ii.

383. Efectul tendinţei de epuizare a neurotransmiţătorilor pe care-l are stresul cronic a fost abordat de mulţi cercetători. Un rezumat excelent al acestor idei apare în Kay Jamison, Night Falls Fast, pp. 192–193. Găsiţi mai multe informaţii despre reacţia creierului la stres în Robert Sapolsky et al., Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates, în Journal of Neuroscience 19, nr. 9 (1990).

384. Lucrarea despre legătura dintre tendinţa de suicid şi colesterol este rezumată concludent de Kay Jamison, Night Falls Fast, pp. 104–195.

385. Lucrarea despre nivelurile scăzute ale serotoninei, numărul mare de receptori serotoninici, inhibiţie şi tendinţa de suicid e rezumată de John Mann, unul dintre pionierii acestui domeniu, în The Neurobiology of Suicide, în Lifesavers 10, nr. 4 (1998). Eseul lui Hermann van Praag Affective Disorders and Aggression Disorders: Evidence for a Common Biological Mechanism, în The Biology of Suicide, Ronald Maris (coord.). Ca lectură suplimentară, Alec Roy, Possible Biologic Determinants of Suicide, în Current Concepts of Suicide, David Lester (coord).

386. Informaţia despre nivelul scăzut al serotoninei la ucigaşi şi piromani se găseşte în M. Virkkunen et al., Personality Profiles and State Agressiveness in Finnish Alchoolics, Violent Offenders, Fire Setters and Healthy Volunteers, în Archives of General Psychiatry 51 (1994).

387. Există nenumărate studii despre relaţia dintre nivelul scăzut al serotoninei şi asumarea de riscuri de către animale. Un eseu deosebit de solid este cel elaborat de P.T. Mehlman et al., Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates, în American Journal of Psychiatry 151 (1994). Am preluat materiale şi din câteva articole publicate în

buletinele informative ale Across Species Comparison and Psychopathology ASCAP.

388. Nivelurile norepinefrinei şi noradrenalinei în creierul sinucigaşilor, constatate la autopsie, au fost studiate de mulţi cercetători. Kay Jamison oferă un rezumat excelent în Night Falls Fast, pp. 192–193.

389. Găsiţi mai multe informaţii despre nivelurile scăzute ale neurotransmiţătorilor esenţiali în John Mann, The Neurobiology of Suicide, în Lifesavers 10, nr. 4 (1998).

390. Găsiţi un raport excelent al lucrărilor Mariei Åsberg în Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies, în Annals of the New York Academy of Sciences 836 (1997).

391. Despre triptofan hidroxilază, v. D. Nielsen et al., Suicidality and 5-Hydroxindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism, în Archives of General Psychiatry 51 (1994).

392. Gary Kraemer a studiat maimuţe crescute fără mamă. Am folosit, mai ales, studiul lui The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulse Behavior in Humans, în Annals of the New York Academy of Sciences 836. nr. 363 (1997), prezentat la Suicide Research Workshop al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

393. Despre abuzurile suferite la începutul vieţii şi nivelul scăzut al serotoninei, v. Joan Kaufman et al., Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates, în Biological Psychiatry 44, nr. 10 (1998).

394. Găsiţi mai multe informaţii despre legătura dintre vătămarea neurologică a fătului şi tendinţa de suicid în Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 183.

395. Compararea nivelurilor serotoninei la bărbaţi şi la femei e descrisă în Simeon Margolis şi Karen L. Swartz, Sex Differences in Brain Serotonin Production, în The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety, 1998, p. 14. Găsiţi informaţii mai detaliate despre legătura dintre sex şi sistemele monoaminice cerebrale în Uriel Halbreich şi Lucille Lumley, The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearence, în Journal of Affective Disorders 29, nr. 2–3 (1993).

396. Citatul din Kay Jamison este din cartea sa Night Falls Fast, p. 184.

397. Legătura dintre disponibilitatea armelor de foc şi sinucidere este publicată în numeroase studii. Am folosit mai ales materialul din M. Boor et al., Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables, în Psychological Reports 66 (1990).

398. Informaţiile despre sinuciderile cu ajutorul gazului din Anglia sunt din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 335.

399. Faptul că în fiecare an sunt mai mulţi americani care se sinucid cu arme de foc decât cei omorâţi de ele apare în Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 284. Ratele sinuciderilor din state în raport cu stricteţea legilor legate de armele de foc, precum şi citatul din David Oppenheim, sunt din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 336.

400. Statistica despre americanii care se sinucid în fiecare an cu arme de foc este preluată de la Centers for Disease Control. Un jurnal on-line a oferit următorul total, a cărui sursă n-am putut să o găsesc pe site-ul CDC: „Cifrele date pe 18 noiembrie de CDC arată că numărul sinuciderilor cu arme de foc [a fost] în 1997 17.767.“ V. www.stats.org/statswork/gunsuicide.htm. O estimare brută poate fi obţinută şi pe baza informaţiilor care se găsesc cu uşurinţă pe site-ul CDC. Dintre cele 30.535 de persoane care s-au sinucis în 1997, CDC estimează că în „aproape 3 sinucideri din 5“ s-au folosit arme de foc. Calculele bazate pe această formulă dau cifra totală a sinuciderilor cu arme de foc 18.321. Am ales cifra 18.000 ca medie a acestor două cifre. V. site-ul CDC pe www.cdc.gov/ncipc/factsheets/suitfacts.htm.

401. Informaţia despre modurile de sinucidere în China este din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 140.

402. Informaţia despre modurile de sinucidere în Punjab: ibid., p. 137.

403. Pentru ratele de sinucidere în rândurile artiştilor plastici, oamenilor de ştiinţă, oamenilor de afaceri, poeţilor şi compozitorilor: ibid., p. 181.

404. Rata sinuciderii la alcoolici este luată din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 266.

405. Citatul din Karl Menninger este din Man Against Himself, p. 184.

406. Experimentele pe cobai ţinuţi în condiţii de înghesuială au fost efectuate de Juan López, Delia Vásquez, Derek Chalmens şi Stanley Watson şi au fost prezentate la Suicide Research Workshop al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

407. Lucrarea despre maimuţele rhesus crescute fără mamă a fost efectuată de Gary Kraemer. M-am bazat în special pe studiul lui The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys, prezentat la Suicide Research Workshop al Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) din 14–15 noiembrie 1996.

408. Povestea caracatiţei sinucigaşe am luat-o de la Marie Åsberg.

409. Lucrarea despre legătura dintre sinucidere şi trauma morţii timpurii a părinţilor este în L. Moss şi D. Hamilton, The Psychotherapy of the Suicidal Patient, în American Journal of Psychiatry 122 (1956).

410. Numărul încercărilor de sinucidere şi cel care arată că în SUA sinuciderea este pe locul trei între cauzele morţii persoanelor între cincisprezece şi douăzeci şi patru de ani sunt luate din D.L. Hoyert et al., Deaths: Final Data for 1997. National Vital Statistics Report, publicat de Centrul Naţional de Statistică din domeniul Sănătăţii. Poate fi găsit pe www.cdc.gov/ncipc/osp&states/10lc97.htm. Numărul tentativelor de sinucidere a fost estimat pe baza statisticii Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), care arată că „se estimează că sunt între 8 şi 25 de tentative de sinucidere la fiecare sinucidere comisă“. Prin urmare, 18.000 este, din păcate, o estimare modestă. Raportul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH) se găseşte la www.nimh.nih.gov/publicat/harmaway.cfm.

411. (Afacerea) Watergate este denumirea generică a scandalului politic – şi a succesului mediatic aferent – petrecut în anii 1970 în Statele Unite, care a dus la o criză politică majoră (n.ed.).

412. Lista cu motivele creşterii tendinţei de suicid e luată din George Colt, The Enigma of Suicide, p. 49.

413. Lucrarea despre sinuciderea în rândul adolescenţilor cu rezultate şcolare bune este prezentată în Herbert Hendin, Suicide in America, p. 55.

414. Ideea că protejarea de viziunea morţii poate duce la un număr de sinucideri în rândul tinerilor e discutată în Philip Patros şi Tonia Shamoo, Depression and Suicide in Children and Adolescents, p. 41.

415. Găsiţi informaţii despre procentele de sinucideri în rândul bărbaţilor de peste şaizeci şi cinci de ani în Diego de Leo şi René F.W. Diekstra, Depression and Suicide in Late Life, p. 188.

416. Ideea că vârstnicii folosesc tehnologii de sinucidere deosebit de letale şi păstrează foarte bine secretul este din: ibid.

417. Procentele mai mari de sinucideri în rândurile bărbaţilor divorţaţi sau văduvi sunt discutate în: ibid.

418. Despre apariţia la vârstnici a problemelor motorii, a ipohondriei şi paranoiei drept consecinţă a depresiei: ibid., p. 24.

419. Despre vârstnicii depresivi şi somatizare, v. Laura Musetti et al., Depression Before and After Age 65: A Reexamination, în British Journal of Psychiatry 155 (1989), p. 330.

420. Compararea ratelor de sinucidere, care plasează Ungaria în capul listei, cu o rată de sinucidere de 40 la 100.000, iar Jamaica pe ultimul loc, cu 0,4 la 100.000, se găseşte în Eric Marcus, Why Suicides?, pp. 25–26.

421. Lista tehnicilor de sinucidere întocmită de Kay Jamison este în Night Falls Fast, pp. 133–134.

422. Poziţia OMS în legătură cu sinuciderea, ca „act sinucigaş cu rezultat fatal“, este prezentată pe larg în raportul întocmit de această organizaţie, Prevention of Suicide.

423. Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 39.

424. A. Alvarez, The Savage God, p. 89.

425. Albert Camus, The Myth of Sisyphus and Other Essays, p. 5 (cf. şi trad. rom. cit. – n.ed.).

426. Julia Kristeva, Black Sun, p. 4.

427. Edwin Shneidman formulează cele cinci cauze ale sinuciderii în lucrarea sa The Suicidal Mind. Citatul direct este de la pp. 58–59.

428. Citatul din Kay Jamison este din Night Falls Fast, p. 74.

429. Pentru descrierea de către Kay Jamison a propriei gândiri în timpul încercării de sinucidere: ibid., p. 291. De asemenea, şi-a publicat amintirile despre lupta pe care a dus-o cu boala maniaco-depresivă, sub titlul An Unquiet Mind.

430. Biletul este din Kay Jamison, Night Falls Fast, p. 292.

431. Edna St. Vincent Millay, Sonnet in Dialectic, în volumul Collected Sonnets, p. 159 („Durere, chiar va trebui să fiu mereu cu tine / Şi focul, patul să-mpărţim, de tine să nu scap? / Şi să-mpărţim – vai, cel mai rău! – noi două-acelaşi cap? / Şi hrană să-ţi dau când mă hrănesc pe mine?“).

432. Am scris destul de mult despre sinuciderea mamei mele. Am descris-o într-un articol din New Yorker despre eutanasie, şi a stat la baza capitolului 17 din romanul meu A Stone Boat. Am hotărât să scriu despre acest lucru pentru, sper, ultima oară, deoarece este o parte din povestea mea aşa cum apare în această carte. Îi rog pe cei care mi-au citit toate scrierile să fie cu îngăduinţă.

433. F.M. Dostoievski, The Possessed, p. 96.

434. Hotărârea tribunalului britanic în privinţa pacientei diabetice anorexice a fost menţionată într-un interviu oral cu dr. Deborah Christie, care s-a ocupat de acel caz. V. Deborah Christie şi Russell Viner, Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes, în Journal of Adolescent Health 27 (2000).

435. Lord Alfred Tennyson, Tithonus, versurile 66–71 (Tennyson’s Poetry, p. 72) („Rece mă scaldă umbrele tale trandafirii, reci / Sunt toate luminile, şi reci picioarele-mi zbârcite / Pe praguri care licăresc, când aburii se-nalţă / De pe câmpiile acelea-ntunecate pe lângă casele / Oamenilor fericiţi ce au puterea să moară, / Şi tumulii năpădiţi de iarbă ale şi mai fericiţilor morţi.“).

436. Petronius, Satyricon, 48, 38–41 (n.ed.).

437. T.S. Eliot, The Waste Land (Tărâmul pustiit, trad. rom. de Mircea Ivănescu, în Opere poetice 1909–1962, ediţie bilingvă, Editura Humanitas, Bucureşti, 2013, pp. 140–141), motto: Nam Sibyllam quidem Cumis ego ipse oculis meis vidi in ampulla pendere, et cum illi pueri dicerent: Σίβυλλα τί θέλεις; respondebat illa: ¢ποθανεῖν θέλω („Căci am văzut-o cu ochii mei pe Sibylla agăţată într-o sticlă, iar când copiii au întrebat-o «Ce vrei, Sibylla?», ea a răspuns: «Vreau să mor»“) (The Complete Poems and Plays, p. 37).

438. Emily Dickinson, The Complete Poems of Emily Dickinson, p. 262 (cf. trad. rom. cit., p. 186: „Dintâi – vrea Inima Plăcere – / Apoi – să n-o mai doară – / Şi-apoi – mici droguri Anodine/ Ce potolesc durerea – / Şi-apoi – de s-ar putea s-adoarmă – Şi-apoi – dac-ar voi / Inchizitorul să-i acorde / Favoarea de-a muri“ – n.ed.).

439. E.M. Cioran, A Short History of Decay, p. 36 (cf. trad. rom. de Irina Mavrodin, în Cioran, Tratat de descompunere, Editura Humanitas, Bucureşti, 2011, pp. 49 şi 50 – n.ed.).

440. Biletul lăsat de Virginia Woolf este citat din The Letters of Virginia Woolf, vol. 6, pp. 486–487.

441. Virginia Woolf, The Diary of Virginia Woolf, pp. 110–111.

442. Ronald Dworkin, Life’s Dominion, p. 93.

443. R.M. Rilke, Requiem for a Friend, în The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke, p. 85.

444. A. Alvarez, The Savage God, p. 75.

445. Citatul din Nadejda Mandelştam, apud ibid., pp. 151–152.

446. Primo Levi, The Drowned and the Saved, pp. 70–71.

447. Faptul că e posibil ca medicamentele să fie vinovate de moartea lui Primo Levi e sugerat în introducerea scrisă de Peter Bailey la ediţia britanică din The Drowned and the Saved.

448. Nietzsche scrie în Beyond Good and Evil (Jenseits von Gut und Böse), maxima 157, p. 103: „Gândul la sinucidere este o mare alinare: te face să treci cu bine prin multe nopţi rele.“

VIII
Istoria

În Occident, istoria depresiei[449] e strâns legată de istoria gândirii occidentale şi poate fi împărţită în cinci etape principale. Concepţia lumii antice despre depresie era uimitor de asemănătoare cu a noastră. Hippocrates a declarat că depresia este, în esenţă, o boală a creierului, ce trebuie tratată cu remedii orale, iar problema principală care i-a preocupat pe medicii care i-au urmat a fost natura umorală a creierului şi formularea corectă a acestor remedii orale. În prima şi a doua parte a Evului Mediu, depresia era socotită o manifestare a dizgraţiei dumnezeieşti, semn că cel care suferea de ea este exclus de la cunoaşterea sacră a mântuirii divine. În acea perioadă, boala era stigmatizată; în episoadele extreme, cei care sufereau de ea erau socotiţi necredincioşi. Renaşterea a romantizat depresia şi ne-a dat geniul melancolic, născut sub semnul lui Saturn, a cărui tristeţe însemna intuiţie şi a cărui fragilitate era preţul viziunii artistice şi complexităţii sufleteşti. Din secolul al XVII-lea până în secolul al XIX-lea, a fost epoca ştiinţei, când se încerca prin experimente să se determine alcătuirea şi funcţionarea creierului şi să se elaboreze strategii biologice şi sociale pentru ţinerea în frâu a minţii scăpate de sub control. Epoca modernă a debutat la începutul secolului al XX-lea cu Sigmund Freud şi Karl Abraham – ale căror idei psihanalitice despre minte şi eul propriu ne-au dat o mare parte din vocabularul folosit şi în ziua de azi pentru descrierea depresiei şi a surselor ei – şi cu lucrările publicate de Emil Kraepelin, care a propus o biologie modernă a bolii mintale, ca afecţiune separabilă de mintea normală sau supraadăugată acesteia.

Tulburările care multă vreme au fost numite *melancholia* „melancolie“ sunt desemnate acum prin ciudat de cauzalul termen *depression* „depresie“, care a fost folosit prima oară în limba engleză în 1660 pentru a descrie proasta dispoziţie şi care a intrat în limbajul comun la jumătatea veacului al XIX-lea.[450] Eu folosesc aici *depresie* pentru a descrie stări pentru care folosim acest termen în prezent. E la modă să consideri depresia o afecţiune modernă, şi aceasta este o eroare flagrantă. Aşa cum a observat Samuel Beckett: „Lacrimile lumii sunt o cantitate constantă.“[451] Forma şi amănuntele

depresiei au cunoscut mii de mutaţii, iar tratamentul depresiei a pendulat între ridicol şi sublim, doar că somnolenţa, alimentaţia necorespunzătoare, tendinţa de suicid, izolarea de interacţiunea socială şi implacabila deznădejde sunt – toate – tot atât de vechi ca triburile din peşteri, dacă nu la fel de vechi ca peşterile înseşi. În anii care au trecut de când omul a căpătat capacitatea de a face referire la eul personal, ruşinea a venit şi a plecat; tratamentele pentru afecţiunile trupeşti au alternat şi s-au încrucişat cu tratamentele pentru afecţiunile sufleteşti; rugile închinate zeilor exteriori au fost ecoul rugilor către daimonii interiori. Prin cunoaşterea istoriei depresiei, cunoaştem cum a fost plăsmuită fiinţa omenească aşa cum o ştim acum şi cum suntem noi înşine. Postmodernitatea noastră îmbuibată cu prozac, concentrată pe cognitiv, semialienată – e doar o etapă a procesului neîntrerupt de înţelegere şi controlare a temperamentului şi a caracterului.

Grecii, care ţineau la mare cinste concepţia privitoare la mintea sănătoasă în trupul sănătos, împărtăşeau ideea modernistă că o minte nesănătoasă reflectă un trup nesănătos, că orice boală a minţii este legată, într-un fel sau altul, de o disfuncţie corporală. Practica medicală grecească se baza pe teoria umorală,[452] în care caracterul era consecinţa celor patru fluide corporale: flegma, bila galbenă, sângele şi bila neagră. Empedocles a descris melancolia drept consecinţă a bilei negre, iar Hippocrates, uimitor de modernist, a imaginat un tratament fizic pe la sfârşitul veacului al V-lea î.Hr., într-o vreme în care ideea de boală şi medici abia prinsese contur. Hippocrates a localizat în creier sediul afectelor, al gândirii şi bolii mintale: „Prin creier pierdem raţiunea, delirăm, ne împresoară temerile şi spaima – uneori noaptea, alteori şi ziua –, insomnia şi confuzia neaşteptată, grijile nefireşti, ignorarea realităţii şi inexperienţa. Toate acestea le suferim din pricina creierului, când nu este sănătos, ci devine mai cald sau mai rece, mai umed sau mai uscat ca de obicei.“[453] Hippocrates credea că în melancolie se amestecă factori ambientali interni şi externi, că „o lungă trudă a sufletului produce melancolia“; şi deosebea boala care apare în urma unor evenimente groaznice de boala fără motiv aparent. Le-a clasificat pe amândouă ca versiuni ale unei singure boli, accelerată când excesul de bilă neagră – rece şi uscat – strică echilibrul ideal cu celelalte trei umori. Un astfel de dezechilibru, a spus el, poate să aibă origine uterină – te poţi naşte cu această tendinţă – sau poate fi indus de traumă. Cuvintele greceşti pentru bila neagră sunt mšlaina col» [*mélaina cholé*][454] şi, printre simptomele ascendenţei ei maligne, pe care Hippocrates o asocia cu toamna, se numărau „tristeţea, neliniştea, descurajarea, tendinţa de

a-ţi lua viaţa“, precum şi „aversiune faţă de hrană, posomorâre, insomnie, iritabilitate şi neastâmpăr“, însoţite de o „teamă prelungită“. Pentru a reechilibra umorile, Hippocrates a propus schimbări în regimul alimentar şi administrare orală de mandragoră şi spânz, plante purgative şi emetice, socotite că elimină excesul de bilă neagră şi galbenă. Credea, de asemenea, în proprietăţile curative ale poveţei şi acţiunii; l-a vindecat de melancolie pe regele Perdicas II, analizându-i caracterul şi sfătuindu-l s-o ia de soţie pe femeia pe care o iubea.[455]

Teoriile despre temperatură, localizare şi alte detalii privind bila neagră au devenit din ce în ce mai complexe în următorii o mie cinci sute de ani – lucru ciudat, deoarece bila neagră nu există în realitate. Bila galbenă, produsă de fiere, poate deveni maronie, dar nu e niciodată neagră, şi pare improbabil ca bila galbenă, deschisă la culoare, să fi fost lucrul acela numit *mélaina cholé*. Bila neagră, ipotetică sau nu, era rea; se spunea că provoacă nu numai depresie, ci şi epilepsie, hemoroizi, dureri de stomac, dizenterie şi erupţii cutanate. Unii oameni de ştiinţă au sugerat că termenul *cholé*, însemnând „bilă“, a fost folosit adesea în asociere cu cuvântul cÒloj [*chólos*], care înseamnă „mânie“, şi că noţiunea de „bilă neagră“ se poate să fi provenit de la credinţa în culoarea neagră a mâniei.[456]Alţii au propus ipoteza că asocierea culorii negre cu negativitatea sau cu durerea este un mecanism uman înnăscut, că depresia a fost reprezentată în toate culturile în negru şi că noţiunea de stare de spirit neagră este bine fixată la Homer, care descrie „un nor negru al suferinţei“,[457] ca acela care l-a învăluit pe depresivul Belerofon, „Belerofon la urmă, de cum urgisitu-l-au zeii, / Singur a tot rătăcit pe câmpia ce-i zice Aleus, / Pasuri de om ocolind cu inima ruptă de jale.“[458]

Divizarea existentă în ce priveşte depresia între concepţia medicală şi cea filozofică/religioasă era pronunţată în Atena antică. Hippocrates îi numea pe practicienii „medicinei sacre“ – care-i invocau pentru vindecare pe zei – „escroci şi şarlatani“; şi a spus că „tot ceea ce au scris filozofii despre ştiinţa naturii nu ţine de medicină mai mult ca de pictură“. Socrate şi Platon s-au împotrivit teoriilor organice ale lui Hippocrates şi au susţinut că, deşi tulburările uşoare pot fi tratate de medici, tulburările profunde sunt de domeniul filozofilor. Ei au formulat păreri despre eul personal care au exercitat o influenţă puternică asupra psihiatriei moderne. Platon a creat modelul evolutiv conform căruia copilăria cuiva poate să-i determine calitatea caracterului ca adult; vorbeşte despre puterea familiei de a determina în bine sau în rău atitudinile politice şi sociale din întreaga viaţă.[459] Modelul

său tripartit al psihicului adult – cel raţional, cel libidinal şi cel spiritual – e tulburător de asemănător cu cel al lui Freud. Hippocrates este, de fapt, strămoşul prozacului; Platon e strămoşul terapiei psihodinamice. În răstimpul celor două milenii şi jumătate dintre ei şi prezent, a fost adusă în discuţie fiecare variaţie a celor două teme ale lor, iar geniul şi nebunia par să fi alternat ca nişte pistoane.

Medicii au început curând să propună pentru melancolie remedii orale. În lumea antică posthipocratică, Philotimos bunăoară, observând că mulţi depresivi se plâng că le e „capul uşor, sec, de parcă n-ar fi nimic acolo“, a pus pe capul pacienţilor un coif de plumb,[460] ca să poată conştientiza că au cap. Chrysippos din Cnidos credea că răspunsul la depresie este consumul sporit de conopidă,[461] şi a atras atenţia împotriva busuiocului, despre care afirma că poate să producă nebunie. Philistion şi Plistonicos, opunându-i-se lui Chrysippos, au spus că busuiocul este cel mai bun tratament pentru pacienţii care şi-au pierdut cu totul vitalitatea. Philagrios credea că multe simptome ale depresiei vin de la pierderea de prea multă spermă în visele erotice, iar pentru controlarea lor prescria un amestec de ghimbir, piper, unguent şi miere. Anti-philagrienii din acea vreme credeau că depresia este rezultatul organic al abstinenţei de la sex şi îşi trimiteau pacienţii înapoi în dormitor.

În cei şaptezeci de ani de după moartea lui Hippocrates, Şcoala lui Aristotel a început să exercite o influenţă puternică asupra felului în care gândim despre gândire. Aristotel nu a acceptat nici hipocratica diminuare a importanţei sufletului şi a filozofilor lui, nici platonica respingere a medicului ca simplu artizan. A propus, în schimb, o teorie despre un eu personal care să formeze un tot, în care „o perturbare a trupului afectează sufletul; bolile sufletului vin din trup, în afara celor care sunt născute în sufletul însuşi. Emoţia puternică transformă trupul“. Felul în care a gândit el natura umană nu are corespondent în vreo pricepere a sa anume pentru anatomie. Spunând că „creierul este un reziduu lipsit de orice facultate senzitivă“,[462] Aristotel a propus ideea că inima are un mecanism de reglare ce controlează echilibrul celor patru umori, iar fierbinţeala ori răceala pot să strice acest echilibru. Concepţia lui Aristotel despre depresie, spre deosebire de cea a lui Hippocrates, nu era complet negativă. Aristotel a luat de la Platon ideea de nebunie divină şi a medicalizat-o prin asocierea cu melancolia. Cu toate că Aristotel a căutat căi de cunoaştere şi de ameliorare a bolii, a simţit şi că o anumită cantitate de bilă neagră îi este necesară geniului: „Toţi cei care au atins desăvârşirea în filozofie, în poezie, în artă şi în politică, până şi Socrate

şi Platon, au avut o constituţie melancolică; într-adevăr, unii chiar au suferit de boala melancolică.“ Aristotel a scris: „Suntem adesea într-o stare în care simţim suferinţa, dar nu-i putem atribui nici o cauză; aceste sentimente apar într-o oarecare măsură la oricine, dar cei care sunt posedaţi pe deplin de ele le dobândesc ca parte permanentă a firii lor. Cei cu temperament melancolic într-o măsură mică sunt oameni obişnuiţi, dar cei care-l au într-o măsură mare se deosebesc mult de majoritatea oamenilor. Căci, dacă starea lor e cu-adevărat încheiată, sunt foarte deprimaţi; dar dacă au un temperament amestecat, sunt oameni de geniu.“[463] Heracle era cel mai renumit dintre geniile clasice afectate de probleme ale bilei negre, şi acestea l-au atins şi pe Aiax („Ochii aprinşi ai lui Aiax furibund, şi mintea lui împovărată“,[464] aşa cum scrie în *Iliupersis*). Această noţiune de „melancolie inspirată“ a fost dusă mai departe de Seneca, cel care a spus că „n-a fost vreodată un mare talent fără un strop de nebunie“;[465] a ieşit din nou la suprafaţă în Renaştere, şi de atunci încoace a tot evoluat.

Între secolele al IV-lea–I î.Hr., ştiinţa medicală şi filozofia s-au dezvoltat pe căi strâns alăturate, prezentând domeniul bolilor psihice într-un mod tot mai unitar. În această perioadă, melancolia a fost privită ca destin universal într-o formă ori alta; poetul Menandru, din secolul al IV-lea, scria: „Sunt om, şi asta e de-ajuns ca să fiu nefericit.“[466] Filozofii sceptici credeau că e important să studiezi lumea vizibilă şi, prin urmare, au examinat simptomele fără să formuleze teorii despre originile acestor simptome sau despre sensul lor profund. Nefiind interesaţi de marile şi dificilele probleme ale naturii fizice şi cerebrale a eului personal, care-i frământaseră pe Hippocrates şi Aristotel, au încercat, pentru a descrie boala, să clasifice simptomele pe categorii.[467]

În veacul al III-lea î.Hr., Erasistratos din Chios a despărţit creierul de cerebel, stabilind că inteligenţa îşi are sediul în creier, iar capacitatea motorie în cerebel;[468] apoi, Herophilos din Calcedon a stabilit că de la creier „forţa motrice nerge către nervi“,[469] stabilind astfel ideea unui organ de control care supervizează un sistem nervos. Menodotos din Nicomedia, care a trăit în secolul I î.Hr., a combinat toate concepţiile anterioare, unind gândurile empiriştilor orientaţi spre simptome cu cele ale marilor filozofi şi ale medicilor de la începuturi. El recomanda pentru depresie acelaşi spânz pe care-l descoperise Hippocrates, şi aceeaşi autoexaminare care venea de la Aristotel, şi a introdus, de asemenea, folosirea gimnasticii, a călătoriilor, a masajului şi apei minerale în tratarea depresivilor. Un astfel de program total

este ceea ce ne străduim să obţinem în zilele noastre.

Rufus din Efes, contemporan cu Menodotos, a izolat iluzia melancolică de restul minţii şi a vorbit de melancolie ca de o aberaţie discontinuă apărută în minţi care altfel sunt sănătoase. A catalogat halucinaţiile unor pacienţi depresivi: a tratat în diferite stadii un bărbat care se credea o oală de lut; pe altul, care credea că pielea i s-a uscat şi i se cojeşte de pe trup; iar pe altul, care credea că n-are cap. Rufus a notat simptomele fizice ale afecţiunii pe care o numim astăzi hipotiroidie, un dezechilibru hormonal ale cărui simptome sunt asemănătoare cu ale depresiei. Credea că principalele cauze ale melancoliei sunt consumul de carne greu digerabilă, lipsa de mişcare, prea mult vin roşu şi activitate intelectuală dezordonată, şi a notat că geniul ar putea fi deosebit de înclinat către această afecţiune. Unii melancolici „sunt aşa din fire, în virtutea temperamentului lor congenital“, în vreme ce alţii „devin aşa“. A vorbit, de asemenea, de grade şi tipuri de melancolie: unul în care bila neagră infectează tot sângele, unul în care afectează doar capul şi unul în care afectează „ipohondria“. Rufus a constatat că pacienţii săi melancolici sufereau, de asemenea, de acumulare de fluide sexuale neeliberate, a căror putrefacţie afecta creierul.

Rufus se declara în favoarea eliminării bolii depresive înainte ca ea să prindă rădăcini. A propus lăsare de sânge şi „purgaţie cu amestec de cimbru şi aloe, deoarece aceste două substanţe, luate zilnic în doză mică, produc o deschidere moderată şi relaxantă a intestinelor“. Se putea adăuga la ele spânz negru. Erau sugerate plimbarea în fiecare zi, călătoria şi spălatul pe mâini înaintea meselor. De asemenea, Rufus şi-a preparat „leacul sacru“,[470] prozacul vremii sale, care a rămas foarte popular, cel puţin până la sfârşitul Renaşterii, şi a fost folosit ocazional chiar şi mai târziu. Era un lichid ce conţinea castravete-amar, tămâiţă-de-câmp, dumbăţ, siminichie, râşcov, asafoetida, pătrunjel-sălbatic, mărul-lupului, piper-alb, scorţişoară, nard, şofran şi mir, amestecate cu miere şi se administra în doze de patru picături în hidromel şi apă sărată. Alţi medici ai vremii propuneau orice, de la lanţuri şi pedepse până la aşezarea unui tub din care picură apă în apropierea melancolicului, ca să-l îmbie la somn, la culcarea lui într-un hamac, administrarea unor alimente de culori deschise, umede, ca peşte, carne de pasăre, vin diluat şi lapte de mamă.[471]

Perioada romană târzie a fost momentul în care s-au învăţat multe despre aceste chestiuni. Aretaios din Cappadocia a studiat mania şi depresia, ca afecţiuni asociate şi separate, în secolul II d.Hr. El credea că există un suflet

fizic care călătoreşte prin trup, izbucnind în fierbinţeală la oamenii mânioşi (ale căror feţe, prin urmare, se înroşesc) şi retrăgându-se la cei temători (ale căror feţe, prin urmare, pălesc). A propus ipoteza că la melancolici nivelul bilei negre „ar putea fi mărit de consternare şi de mânie nemăsurată“ şi că umorile au o relaţie circulară cu afectele, astfel încât răcorirea energiei vitale ar putea duce la depresie majoră, în vreme ce depresia slujeşte la răcorirea bilei. Aretaios a fost primul care a făcut o descriere convingătoare a ceea ce numim acum „depresie agitată“ – afecţiune pentru care filozofia populară recentă tinde să dea vina în mod eronat pe viaţa postindustrială. Ea este la fel de organică şi de eternă ca tristeţea. Aretaios a scris: „Melancolicul se izolează; se teme că va fi persecutat şi aruncat în închisoare; se chinuieşte cu idei superstiţioase; e îngrozit; crede că fanteziile sale sunt adevărul; se plânge de boli închipuite; blestemă viaţa şi-şi doreşte moartea. Se trezeşte brusc şi e cuprins de o mare oboseală. În unele cazuri, depresia pare să fie pe jumătate sminteală: pacienţii sunt tot timpul obsedaţi de aceeaşi idee şi pot fi depresivi şi energici în acelaşi timp.“ Aretaios a subliniat că depresia majoră apare adesea la persoanele înclinate deja spre tristeţe, mai ales la cele în vârstă, obeze, anemice sau singure; şi a sugerat că „medicul Iubire“ este cel mai priceput la vindecarea acestei afecţiuni. Leacul oral pe care-l prefera era consumul regulat de afine şi praz; de asemenea, încuraja practica psihodinamică de numire a simptomelor şi susţinea că-i poate ajuta pe pacienţi să scape de temeri prin descrierea lor.[472]

Claudius Galenus, născut în secolul al II-lea d.Hr., medicul personal al lui Marcus Aurelius, probabil cel mai important medic după Hippocrates, a încercat să ajungă la o sinteză neurologică şi psihologică a lucrărilor tuturor înaintaşilor săi.[473] A descris halucinaţiile melancolice – unul dintre pacienţii săi credea că Atlas o să obosească şi o să scape lumea de pe umeri, în vreme ce altul credea că e un melc cu cochilia fragilă – şi a identificat, dincolo de ele, un amestec de spaimă şi descurajare. A constatat „bătăi neregulate de inimă la tineri sănătoşi şi adolescenţi firavi şi uscăţivi din pricina neliniştii şi depresiei“. Pacienţii lui Galenus sufereau de „somn neîndestulător, agitat şi intermitent, palpitaţii, ameţeală […], tristeţe, nelinişte, neîncredere în sine şi convingerea că sunt persecutaţi, că sunt posedaţi de un daimon, că sunt urgisiţi de zei.“ Galenus împărtăşea şi credinţa lui Rufus în consecinţele dezastruoase ale eliberării sexuale deficiente. A tratat-o pe una dintre pacientele sale – al cărei creier era tulburat, după părerea lui, de emanaţiile nocive ale fluidelor sexuale neeliberate – „prin stimularea manuală a

vaginului şi a clitorisului, şi pacienta a simţit o mare plăcere, a ieşit mult lichid, iar ea a fost vindecată“. Galenus avea propriile reţete brevetate, dintre care multe includeau ingredientele lui Rufus, cu toate că recomanda un antidot compus din banane, mandragoră, flori de tei, opiu şi voinicică pentru tratarea anxietăţii combinate cu depresia. Un lucru interesant este că, în vreme ce Galenus îşi prescria tonicul, la distanţă de un continent, aztecii au început să folosească substanţe halucinogene puternice, pentru a preveni depresia la prizonieri, pe care o socoteau semn rău. Prizonierilor ce urmau să fie sacrificaţi li se dădea o fiertură specială care să-i împiedice să simtă deznădejdea, astfel încât să nu-i ofenseze pe zei.[474]

Galenus credea într-un suflet fizic, ceea ce am putea numi *psyche*, care-şi are sălaşul în creier: acest suflet e supus autorităţii unui eu personal la fel de puternic în trup pe cât e divinitatea în lume. Îmbinând ideea celor patru umori cu noţiuni despre temperatură şi umezeală, Galenus a formulat concepţia celor nouă temperamente, fiecare reprezentând un tip de om. Unul era dominat de melancolia concepută nu ca patologie, ci ca parte a eului personal: „Există oameni care sunt din fire nelinişţiţi, depresivi, chinuiţi sufleteşte, mereu gânditori; pentru ei, medicul nu poate să facă prea mult.“ Galenus a observat că melancolia ar putea fi rezultatul unei leziuni a creierului; sau ar putea să urmeze unor elemente externe care au modificat funcţionarea unui creier intact. În cazul dezechilibrului umoral, bila neagră ar putea să urce la creier, secându-l; şi aceasta ar vătăma eul personal. „Umoarea, ca o întunecime, invadează lăcaşul sufletului, în care şade raţiunea. Asemenea copiilor ce se tem de întuneric, aşa devin adulţii când sunt în ghearele bilei negre, care stimulează teama; au în creier o noapte veşnică, sunt într-o frică perpetuă. Din acest motiv, melancolicii sunt speriaţi de moarte şi, în acelaşi timp, o doresc. Se feresc de lumină şi le place întunericul.“ Sufletul ar putea, într-adevăr, să fie înnegurat. „Bila neagră învăluie raţiunea, aşa cum cristalinul ochiului, dacă e transparent, îţi îngăduie să vezi clar, dar dacă se îmbolnăveşte şi devine opac nu-ţi îngăduie vederea distinctă. În acelaşi fel, calităţile spiritelor animale pot să devină greoaie şi opace.“ Galenus, preferând filozofiei psihobiologia, i-a criticat aspru pe cei care atribuiau melancolia unor factori afectivi abstracţi; dar credea că acest fel de factori pot să exacerbeze simptomatologia unei minţi deja alterate de dezechilibrul umoral.

Următoarea etapă a istoriei medicale îşi are rădăcinile la filozofii stoici.[475] Credinţa lor că agenţi externi provoacă boala mintală a fost dominantă în

prima parte a Evului Mediu, care a urmat căderii Romei. Apariţia creştinismului a fost foarte dezavantajoasă pentru depresivi. Cu toate că Galenus era autoritatea medicală a Evului Mediu, ideea lui de tratamente psihofarmaceutice intra în conflict cu paradigma Bisericii. Tratamentele sale, în exil filozofic, erau folosite din ce în ce mai puţin.

Sfântul Augustin[476] declarase că ceea ce-i deosebeşte pe oameni de animale este darul raţiunii; aşa încât pierderea raţiunii îl reducea pe om la animal. De pe această poziţie, era uşor de tras concluzia că pierderea raţiunii era un semn al dizgraţiei dumnezeieşti, pedeapsa Lui pentru un suflet păcătos. Melancolia era o afecţiune deosebit de nocivă, căci deznădejdea melancolicului sugera că el nu e pătruns de bucuria certitudinii iubirii şi a mizericordiei divine. În această viziune, melancolia era respingerea întregii iubiri şi a toată îndurarea. În plus, depresia profundă era adesea dovada posedării; un biet nebun avea în el un diavol, iar dacă acel diavol nu putea fi exorcizat, ei bine, trebuia să dispară el însuşi. Clericii au găsit curând sprijin pentru această idee în Biblie. Iuda s-a sinucis, aşadar – suna raţionamentul –, trebuie să fi fost melancolic; aşa că trebuia ca toţi melancolicii să fie trupeşte asemenea lui Iuda. Descrierea lui Nabucodonosor în Daniel 4, 33 a fost utilizată pentru a demonstra că Dumnezeu a trimis nebunia ca să-i pedepsească pe păcătoşi.[477] În secolul al V-lea, Casian a scris despre „a cincea luptă“ „împotriva întristării, care întunecă sufletul“, zicând că „duhurile răutăţii“ de care grăieşte Psalmul al Nouăzecilea[478] „pricinuiesc scârbă faţă de toate lucrurile“, „trândăvie, lipsă de răbdare, mânie, ură, împotrivirea la cuvânt, lenea la rugăciune“, „nu rabdă pe om să fie blând şi smerit faţă de fraţi“, „uscă toată puterea şi stăruinţa lui“.[479] Secţiunea respectivă face trimitere la Psalmul 90, 5–6, din *Vulgata*: *Scuto circumdabit te veritas eius non timebis a timore nocturno / A sagitta volante in die a negotio perambulante in tenebris ab incursu et daemonio meridiano* „Adevărul lui te va înconjura cu un scut: nu te vei teme de spaima nocturnă, / de săgeata ce zboară ziua, de lucrul care umblă în întuneric, de atacul demonului amiezii.“[480] Casian a presupus că „spaima nocturnă“ se referă la rău; „săgeata ce zboară ziua“ la uciderea inamicilor omeneşti; „lucrul care umblă în întuneric“ la vrăjmaşii care vin în somn; iar „atacul demonului de amiază“ la melancolie, lucrul pe care-l poţi vedea limpede în partea cea mai luminoasă a zilei, dar care, cu toate acestea, vine să-ţi smulgă sufletul din mâinile lui Dumnezeu.

Alte păcate ar putea să irosească nopţile, dar acesta, îndrăzneţ, mistuie zi şi noapte. Ce poţi spune în favoarea unui om care nu e apărat de scutul

adevărului lui Dumnezeu? Pedeapsa trebuie să fie eficientă pentru a mântui un astfel de caz disperat: Casian a susţinut că omul melancolic poate fi pus la muncă manuală şi că toate neamurile trebuie să se îndepărteze de el şi să-l ocolească. Evagrios, folosind aceeaşi expresie, a spus că amărăciunea melancolică e un „diavol de la miezul zilei“[481] care-l atacă şi-l ispiteşte pe ascet; a pus-o pe lista cu cele opt ispite principale cărora trebuie să ne împotrivim pe pământ. Am folosit expresia pentru titlul cărţii, deoarece descrie foarte exact ceea ce simţi în depresie. Imaginea are rolul de a invoca groaznicul sentiment invaziv care însoţeşte nefericirea depresivului. Există ceva insolent în depresie. Cei mai mulţi diavoli – cele mai multe forme ale angoasei – se bazează pe adăpostul nopţii; a-i vedea limpede înseamnă a-i învinge. Depresia stă în plină strălucire a soarelui, netulburată de recunoaştere. Poţi să tot ştii de ce şi pentru ce şi să suferi la fel de mult ca atunci când ai fi învăluit în neştiinţă. Nu mai există aproape nici o altă stare mentală despre care să se poată spune acest lucru.

În vremea Inchiziţiei, în secolul al XIII-lea, unii depresivi au fost amendaţi ori închişi pentru păcatul lor.[482] În această perioadă, Sfântul Toma d’Aquino, în a cărui teorie despre trup şi suflet sufletul era superior ierarhic trupului, a putut să conchidă că sufletul nu e supus bolii trupeşti.[483] Întrucât trupul era totuşi inferior divinităţii, era supus intervenţiei lui Dumnezeu sau a lui Satan. În acest context, o boală trebuia să fie a trupului ori a sufletului, iar melancolia era atribuită sufletului. Biserica medievală a definit nouă păcate de moarte (ulterior, au fost comasate în şapte). Printre ele, se număra *acedia* (tradusă prin *sloth* „trândăvie“ în secolul al XIII-lea). Cuvântul pare să fi fost folosit aproape la fel de frecvent ca *depression* „depresie“ în vremurile moderne, şi descria simptome familiare oricui a văzut sau a simţit depresia – simptome care mai înainte nu fuseseră considerate viciu. Popa lui Chaucer îl descrie ca pe un lucru care „îl lipseşte pe păcătos de căutarea oricărei virtuţi. Acedia e duşmanul omului, căci e ostilă oricărui fel de sârguinţă, şi mai e şi un mare duşman al vieţii trupeşti, căci nu conţine nici o măsură pentru nevoile lumeşti, ci, dimpotrivă, pierderi, pagube, stricăciuni – toate bunuri pământeşti – prin nepăsare. Îi face pe oamenii vii să fie asemenea celor care suferă deja chinurile Iadului. Îl face pe om morocănos şi stingher“. Pasajul o ţine tot aşa, devenind tot mai belicos şi mai acuzator cu fiecare propoziţie. *Acedia* este un păcat compus, ale cărui elemente le enumeră Popa. „E atât de şubredă şi plăpândă, cum spune Solomon, încât nu va avea de suferit nici o daună sau pedeapsă. Eschivarea îl face pe om chiar să se şi teamă să purceadă

la realizarea vreunei fapte bune. Deznădejdea – pierderea credinţei în mila lui Dumnezeu – izvorăşte din remuşcări nechibzuite şi uneori din teamă excesivă, care-l face pe păcătos să-şi închipuie că a greşit atât de mult, încât nu-i va face deloc bine să se pocăiască. Dacă ea stăruie cu îndârjire până în cea din urmă clipă a omului, e socotită printre păcatele împotriva Sfântului Duh. Vine apoi letargica somnolenţă, care-l face pe om nesimţitor şi nepăsător faţă de trup şi suflet. Urmează, în sfârşit, păcatul Dezgustului faţă de Lume, numit tristeţe, care pricinuieşte moartea sufletului şi a trupului deopotrivă. Din cauza sa, omul devine nemulţumit de propria viaţă. Astfel, viaţa omului se termină adesea înainte ca, pe cale naturală, vremea lui să fi venit cu adevărat.“[484]

La călugări, exista o probabilitate deosebit de mare să manifeste *acedia*, prezentă la ei prin epuizare, moleşeală, tristeţe sau descurajare, insomnie, aversiune faţă de chilie şi viaţa de schivnic şi dorul de familie şi de viaţa dinainte. *Acedia* se deosebea de tristeţe (*tristitia*),[485] care-l duce pe om înapoi la Dumnezeu şi la căinţă. Sursele medievale nu spun limpede ce rol joacă în asta voinţa. Era un păcat să te laşi cuprins de *acedia*? Ori *acedia* era o pedeapsă dată celor care au comis alt păcat? Cei mai înverşunaţi duşmani ai ei o puneau pe acelaşi plan cu păcatul originar; elocventa călugăriţă Hildegard von Bingen scria: „În momentul în care Adam a nesocotit legea divină, exact în acea clipă melancolia s-a închegat în sângele lui.“[486]

Ordinea era destul de precară în Evul Mediu şi, prin urmare, dezordinea mintală era cu totul înspăimântătoare pentru sensibilitatea medievală. După perturbarea raţiunii, se prăbuşea întregul mecanism uman; şi apoi se dezintegra ordinea socială. Nesăbuinţa era un păcat; boala mintală era un păcat mult mai grav. Raţiunea e necesară pentru a îngădui omului să aleagă virtutea. Fără ea, nu are destul autocontrol pentru o astfel de alegere. Psihicul, aşa cum era înţeles de gânditorii clasici, nu poate fi despărţit de trup; sufletul, aşa cum era înţeles de creştinii medievali, era doar coincident cu trupul.

Din această tradiţie a evoluat stigmatul ce continuă să fie legat de depresie. Sufletul, fiind un dar divin, ar trebui să fie desăvârşit; noi ar trebui să ne străduim să-i păstrăm desăvârşirea; iar imperfecţiunile sale sunt principala sursă a ruşinii în societatea modernă. Necinstea, cruzimea, lăcomia, egoismul şi erorile de judecată sunt, toate, deficienţe ale sufletului, aşa că încercăm automat să le suprimăm. Câtă vreme depresia e combinată cu aceste „afecţiuni ale sufletului“, ne pare odioasă. Sunt multe întâmplări care arată cum această asociere a pus depresia în cea mai proastă lumină cu putinţă.

Pictorul din secolul al XV-lea Hugo van der Goes[487], bunăoară, a intrat la mănăstire în anii 1480, dar a continuat, în virtutea marelui său talent, să ţină legătura regulat cu lumea din afară. S-a consemnat faptul că, într-o noapte, pe când se întorcea dintr-o călătorie, Hugo a fost „izbit de o ciudată tulburare a imaginaţiei sale. A strigat necontenit că e blestemat şi că e condamnat la osânda cea veşnică. Ba chiar s-ar fi rănit singur, căci fantasmagoriile îi înceţoşau mintea bolnavă.“ După spusele fraţilor călugări, care au încercat să-l trateze prin muzică, „starea nu i s-a îmbunătăţit; a continuat să vorbească fără şir şi să se socotească fiul pierzării.“ Călugării au analizat dacă Hugo avea frenezie artistică sau era posedat de diavol, şi au hotărât că avea amândouă problemele, exacerbate, poate, de consumul de vin roşu. Hugo era îngrozit de lucrările pe care fusese de acord să le execute şi nu-şi putea închipui că o să-şi poată onora comenzile. Cu timpul, şi cu multe ritualuri de pocăinţă, în cele din urmă şi-a redobândit pentru o vreme seninătatea; a avut însă o recidivă şi a murit într-o stare rea.

Dacă Evul Mediu a dat depresiei o interpretare morală, Renaşterea a ţinut-o la mare cinste. Gânditorii renascentişti, întorcându-se la filozofii clasici (mai mult decât la medicii clasici) au afirmat că depresia e un semn de profunzime. Filozofia umanistă a reprezentat pentru învăţătura creştină o provocare din ce în ce mai puternică (cu toate că, în alte cazuri, a consolidat credinţele şi dogmele creştine). Suferinţa iraţională care în Evul Mediu a fost descrisă drept păcat şi blestem era acum o boală (numită, din ce în ce mai des, *melancholia*) şi o trăsătură definitorie (numită, din ce în ce mai des, melancolie) a unei persoane. Dintre toţi scriitorii renascentişti care au vorbit despre depresie – şi au fost cu duiumul –, filozoful Marsilio Ficino[488] a fost cel mai important. El credea că melancolia, prezentă în orice om, e manifestarea dorinţei noastre arzătoare de măreţie şi veşnicie. El a scris despre cei la care melancolia e o lipsă: „E uimitor faptul că, ori de câte ori suntem la largul nostru, cădem într-o suferinţă asemeni cu exilul, cu toate că nu cunoaştem pricina ei, ori cu singuranţă nu ne gândim la ea […], în toiul jocurilor plăcerii uneori oftăm, iar când jocurile s-au sfârşit, plecăm şi mai trişti.“ Melancolia descrisă aici este ceea ce se dezvăluie dincolo de treburile zilnice, un atribut constant al sufletului. Ficino revine la ideea aristotelică a tristeţii nebuneşti date de zei şi merge mai departe, spunând că filozoful, cel care gândeşte profund sau artistul va fi, prin forţa lucrurilor, în contact mai strâns cu melancolia sa decât este omul de rând, că însăşi profunzimea trăirii melancoliei va reflecta succesul în înălţarea minţii sale deasupra agitaţiei

vieţii obişnuite. Pentru Ficino, mintea pătimitoare e cea mai preţioasă, căci e proiectată spre melancolica neputinţă a cunoaşterii sale de Dumnezeu. Acesta devine un crez sfânt, după cum explică el natura melancoliei divine: „Câtă vreme suntem reprezentanţii lui Dumnezeu pe pământ, suntem tot timpul tulburaţi de nostalgia patriei cereşti.“ Starea cunoaşterii este nemulţumirea, iar consecinţa nemulţumirii este melancolia. Melancolia desparte sufletul de lume, şi astfel propulsează sufletul spre puritate. Mintea „se apropie tot mai mult de desăvârşire cu cât se îndepărtează de trup, şi astfel mintea va fi desăvârşită când se desprinde cu totul şi-şi ia zborul“. Felul în care descrie Ficino caracterul divin al melancoliei admite că această stare e foarte apropiată de moarte.

Ficino a sugerat apoi ideea creaţiei artistice bazate pe o muză descinsă în timpul nebuniei temporare: melancolia este condiţia obligatorie a inspiraţiei. Cu toate acestea, Ficino a recunoscut că depresia este o afecţiune cumplită şi a recomandat tratamente, printre care se numărau exerciţiile fizice, schimbarea regimului alimentar şi muzică. Ficino însuşi era o persoană depresivă, care, când era într-o stare de spirit proastă, nu era în stare să invoce toate acele argumente interesante în favoarea depresiei; când prietenii veneau să-l vadă, erau adesea nevoiţi să-i prezinte propriile sale argumente. Filozofia lui Ficino, asemenea unei mari părţi din gândirea postrenascentistă despre subiectul melancoliei, este autobiografie – şi astfel, vorbeşte despre găsirea drumului între indiferenţa nonmelancolică, pe de o parte, şi boala melancolică disperată, pe de altă parte, intitulând al şaselea capitol al primei sale cărţi: „Cum face bila neagră oamenii inteligenţi“.

Renaşterea a încercat să-şi împace cunoştinţele despre gândirea clasică cu o anumită „cunoaştere“ ce venea din Evul Mediu. Îmbinând ideea clasică a temperamentelor cu fascinaţia medievală a horoscopului, Ficino a descris Saturn ca planeta gravă, izolată, ambivalentă, ce domneşte asupra melancoliei. Saturn este „el însuşi autorul contemplaţiei misterioase“, după părerea alchimistului şi cabalistului Agrippa,[489] „defel dăruit treburilor publice, planeta culminantă, care mai întâi recheamă sufletul din treburile exterioare către miezul său, apoi îl face să se înalţe din lucrurile mai de jos, călăuzindu-l către cele mai înalte, şi oferindu-i ştiinţele“. Aceste concepţii sunt confirmate în scrierile lui Giorgio Vasari despre marii artişti ai vremii sale.[490]

Renaşterea engleză a fost mai aproape de concepţiile medievale decât cea italiană, însă influenţa sudică a început să se strecoare către sfârşitul veacului

al XV-lea. Astfel, de pildă, englezii continuau să creadă că melancolia provine din „copularea ori amestecul îngerilor cei răi“,[491] dar acceptau faptul că persoanele afectate de această intervenţie nu erau răspunzătoare de ea. Pentru gânditorul renascentist englez, sentimentul păcatului pe care-l are melancolicul este mai degrabă un ghinion primejdios decât un semn al lipsei iubirii lui Dumnezeu, şi nu trebuie să fie confundat cu adevăratul sentiment al păcatului pe care-l are adevăratul păcătos. Nu era, desigur, totdeauna uşor să faci deosebire între iluzie şi realitate. Un învăţăcel cu „constituţie melancolică, cu mintea distrasă de suferinţă“, a afirmat că a simţit cu adevărat „un spirit rău pătrunzându-i prin şezut, cu vântoasă, şi s-a furişat în sus, prin trup, până ce i-a luat în stăpânire capul“.[492] Chiar dacă el a fost vindecat, în cele din urmă, de prezenţa diavolului, alţii n-au fost atât de norocoşi. George Gifford se întreba: „Ce fel de persoane sunt cele mai potrivite ca diavolul să le prefacă în uneltele sale pentru vrăjitorii şi drăcării“, şi a găsit răspunsul că diavolul caută „persoane fără Dumnezeu care sunt nevăzătoare, pline de necredinţă şi copleşite şi înecate în întunericul neştiinţei. Dacă peste toate astea mai există şi o constituţie melancolică, urmele lui se întipăresc şi mai adânc în minte“.[493]

Ideea nordică de relaţie între vrăjitoare şi melancolie e un adversar pe măsură al ideii meridionale de relaţie între geniu şi melancolie. Jan Wier,[494] medic la Curtea olandeză (a cărui *De praestigiis daemonum* a fost rânduită de Freud[495] printre cele mai importante zece cărţi ale lumii), a fost un mare apărător al vrăjitoarelor, ca victime ale melancoliei lor; afirmaţia lui că unele dintre aceste femei nefericite sunt bolnave cu capul le-a salvat pe câteva dintre ele de la execuţie. El şi-a susţinut poziţia, arătând că victimele vrăjitoarelor au, de obicei, halucinaţii, concentrându-se pe numărul mare de bărbaţi din nordul Europei care acuzau vrăjitoarele că le-au furat mădularul. Wier a susţinut că alţi bărbaţi puteau îndeobşte să vadă organul furat exact acolo unde fusese totdeauna şi a spus că rareori erau bărbaţii abandonaţi de „vergelele“ lor. Dacă bărbaţii care erau „victimele“ vrăjitoarelor sufereau de halucinaţii, atunci cu siguranţă că acelea care-şi închipuiau că sunt vrăjitoare sufereau de halucinaţii şi mai mari. Acest model a fost preluat de englezul Reginald Scot, care, în cartea sa din 1584 despre vrăjitorie, a afirmat că toate vrăjitoarele sunt doar nişte bătrâne depresive şi smintite – împunse de diavol în felul în care o face un ţânţar –, care, în mod nechibzuit, luau asupra lor vina pentru situaţiile dificile pe care le vedeau în jurul lor. În „mintea lor năucă, diavolul şi-a aflat un sălaş minunat; aşa încât, de-i vorba de vreun

necaz, nenoroc, calamitate sau omor, ele sunt uşor de convins că-i lucrarea lor“.[496] Concepţia conform căreia ceea ce fusese socotit un adevăr religios e doar iluzie şi se leagă de boala mintală melancolică a avut potrivnici puternici, care au continuat să susţină poziţia medievală; cu toate că lucrarea lui Scot a fost citită de multă lume în Anglia elisabetană, regele Iacob a poruncit să fie arse toate exemplarele – ca şi cum cărţile însele ar fi fost vrăjitoare.

Treptat, ideea de boală a câştigat în faţa ideii de posedare. Într-un caz din Franţa acelei vremi, medicii au perceput la o vrăjitoare „o bolboroseală sub coastele scurte din partea ei stângă, caracteristică celor care au probleme cu splina“,[497] şi aceasta a dus la verdictul Conciliului din 1583 ca „preoţii să cerceteze cu sârguinţă viaţa celui posedat“ înainte de exorcism, „căci adesea cei care sunt melancolici, lunatici şi vrăjiţi de artele magice […] au mai multă trebuinţă de remedii ale doftorilor decât de predicile exorciştilor“.[498] Raţionalismul Renaşterii a triumfat asupra superstiţiei medievale.

Francezii au fost primii care au tratat în mod eficient simptomele care puteau să reflecte fie o boală elementară, fie o suferinţă închipuită. Montaigne,[499] întru câtva melancolic el însuşi, era un mare adept al filozofiei ca medicină şi a creat împotriva melancoliei un teatru al iluziilor. De exemplu, vorbeşte de o femeie care era îngrozită, deoarece credea că a înghiţit un ac; aşa că a făcut-o să vomite şi a pus un ac în ceea ce vomase, iar ea s-a vindecat.

Discourse of Melancholike Diseases al lui Andreas Du Laurens[500] a fost publicat în limba engleză în 1599. Du Laurens a afirmat că melancolia este „un exces de răceală şi uscăciune a creierului“ care poate să provină „nu din natura trupului“, ci din „modul de viaţă“ al pacienţilor „şi din lucrările pe care le înfăptuiesc ei cel mai mult“. Du Laurens a împărţit mintea în trei părţi: raţiune, imaginaţie şi memorie. Conchizând că melancolia este o boală a imaginaţiei, i-a lăsat melancolicului raţiunea neştirbită, ceea ce însemna că, în ochii Bisericii, melancolicul nu era privat de natura sa omenească („sufletul său raţional nemuritor“) şi, prin urmare, nu era blestemat de Dumnezeu. El a preluat ideea că melancolia poate să vină treptat, despărţind „naturile melancolice care se menţin între hotarele şi limitele sănătăţii“ de cele care nu se menţin între aceste hotare. Asemenea multor altor autori care au scris despre acest subiect, cartea sa e plină de descrieri anecdotice de indivizi, printre care „un gentleman din Siena care se hotărâse să nu urineze, ci mai degrabă să moară, şi asta deoarece îşi închipuia că prima dată când o să

urineze o să înece tot oraşul“. Se pare că bărbatul suferea de anxietate depresivă şi de sentimentul propriei distructivităţi şi-şi supunea vezica urinară unei traume; în cele din urmă, medicii săi au făcut un foc în odaia de alături, l-au convins pe bărbat că arde oraşul şi că numai dacă se uşurează îl poate salva, şi aşa l-au făcut să scape de această anxietate aparte.

Probabil că Du Laurens e cunoscut mai cu seamă pentru ideea sa greu de înţeles că oamenii văd îndărăt: că ochii li se rotesc spre înăuntru şi-şi privesc creierul. Nu precizează ce curcubeu spectaculos ar putea să vadă veselul individ când se uită îndărăt în propriul creier, dar menţionează că, întrucât creierul melancolicului e îmbibat cu bilă neagră, ochii melancolicului văd, când se rotesc înapoi, numai întunecime. „Energiile şi vaporii negri trec continuu prin muşchi, vene şi artere, din creier în ochi, ceea ce-i face să vadă multe umbre şi apariţii neadevărate în aer, iar din ochi formele sunt transmise în închipuire.“ Apoi neplăcerea o ţine tot aşa, aceste viziuni întunecate continuă să licărească în ochi chiar şi când sunt îndreptaţi către lumea din afară, iar melancolicul vede „multe trupuri zburând, asemenea furnicilor, muştelor, şi fire lungi de păr, aşa cum se întâmplă şi când eşti gata să verşi“.

Începuse, în acea vreme, să devină un loc comun că suferinţa normală se poate deosebi de melancolie prin evaluarea proporţiilor adecvate ale pierderii pe seama durerii şi măsurarea depăşirii acelor proporţii de către unii oameni – un principiu pe care Freud avea să-l dezvolte cu trei veacuri mai târziu şi care continuă să fie folosit în diagnosticarea depresiei în zilele noastre. Un medic de la începutul secolului al XVII-lea[501] scria că un pacient a mers atât de departe, încât, în urma morţii cuiva, „nu se mai bucura de nimic“; altă pacientă era „tulburată de melancolie, cum să trăiască în urma morţii, cu un sfert de an înainte, a mamei ei. Plânge şi se jeluieşte şi rătăceşte de colo-colo şi nu poate să facă nici un lucru“. Alt doctor scria că nemulţumirea obişnuită ori tristeţea „deschid calea celui mai mare duşman al firii, adică melancolia“. Prin urmare, melancolia devine un lucru obişnuit dus prea departe, la fel de bine ca un lucru anormal; această definiţie dublă a devenit rapid standard.

Pe la sfârşitul secolului al XVI-lea şi pe parcursul celui de-al XVII-lea, melancolia „obişnuită“ devenise o afecţiune comună, care putea fi la fel de plăcută pe cât era de neplăcută. Argumentele lui Ficino şi ale celor asemeni lui din Anglia aveau un ecou din ce în ce mai mare pe întregul continent. Levinus Lemnius din Olanda, Huarte şi Luis Mercado din Spania, Joannes Baptista Silvaticus din Milano[502] şi Andreas Du Laurens din Franţa au scris cu toţii despre melancolia care face un om să fie mai bun şi mai inspirat decât

cei nemelancolici. Romanticele concepţii aristotelice despre melancolie păreau că se întind peste Europa, iar melancolia a ajuns la modă. În Italia, unde Ficino identificase definitiv melancolia cu geniul, toţi cei care se socoteau genii se aşteptau să fie melancolici. În vreme ce oamenii cu adevărat străluciţi poate chiar sufereau, cei care nădăjduiau să fie luaţi drept oameni străluciţi se prefăceau că suferă. În jurul lui Ficino, la Florenţa, s-a adunat un grup de intelectuali saturnieni cosmopoliţi. Englezii care au călătorit în Italia şi au văzut acest mediu s-au întors acasă şi au lăudat rafinamentul care era evident în atributele lor melancolice, şi, de vreme ce numai cei avuţi îşi îngăduiau să călătorească, melancolia a devenit curând în ochii englezilor o boală a aristocraţiei. Nemulţumitul din clasa superioară – cu ochii întunecaţi, măcinat de tristeţe, taciturn, cu părul răvăşit, ultrasensibil, posac, grav – devine, la sfârşitul veacului al XVI-lea, un prototip social, descris şi parodiat în literatura vremii, cel mai strălucit în personajul „Jacques cel melancolic“ din *Cum vă place*.

Măiestria lui Shakespeare în înfăţişarea melancoliei – care este subiectul cel mai vizibil în personajul Hamlet – avea să schimbe pentru totdeauna modul de a înţelege acest subiect. Nici un alt autor n-a descris chestiunea atât de sugestiv ori atât de complex, n-a împletit-o atât de strâns cu veselia şi tristeţea, n-a dovedit-o a fi atât de importantă pentru înţelepciune şi, într-o atât de mare măsură, temei al nebuniei, avându-i în vedere deopotrivă atributele de viclenie şi cele suicidare. Înaintea lui Shakespeare, melancolia umană fusese o entitate abstractă; după Shakespeare, nu mai era uşor de deosebit de restul eului personal decât sunt razele indigo de restul spectrului luminii albe. Ceea ce ar putea să dezvăluie prisma timp de o clipă nu poate modifica realitatea de fiecare zi a soarelui.

În vremea în care se juca *Hamlet*, melancolia era, aproape în aceeaşi măsură, un privilegiu şi o boală. Bărbierul cel posac dintr-o piesă de la mijlocul secolului al XVII-lea[503] se plânge că simte melancolie, şi se pomeneşte muştruluit zdravăn. „Melancolie? Pe Sfânta Fecioară, zât, păi *melancolie*-i vorbă de bărbier? Ar fi trebuit să zici mătăhălos, greoi şi greu de cap: melancolia e podoaba heraldică a stemei curteanului!“ Conform notelor unui medic din acea perioadă, patruzeci la sută dintre pacienţii săi melancolici aveau titluri nobiliare[504] – deşi o mare parte din activitatea sa consta în îngrijirea ţăranilor şi a nevestelor acestora. Două treimi dintre aristocraţii care veneau la el se plângeau de stări melancolice; bărbaţi şi femei bine informaţi cu toţii vorbeau nu numai de valuri de tristeţe, ci se plângeau

de anumite lucruri, pe baza cunoştinţelor ştiinţifice şi a modei acelei vremi. Unul dintre aceşti pacienţi era „dornic să ia ceva, ca să scape de aburii ce se-nălţau din splină“. Fierturile bazate pe spânz continuau să fie cele preferate; doctorul care l-a tratat pe acest bărbat a prescris *hiera logadii*, lapislazuli, spânz, cuişoare, pudră de lemn-dulce, *diambra* şi *pulvis sancti*, toate dizolvate în vin alb, şi limba-mielului. Au fost consultate hărţi astrologice (pentru informare independentă şi pentru a se stabili momentul tratamentului); a fost luată în considerare şi posibilitatea lăsării de sânge. Şi, desigur, se socotea totdeauna că sfaturile religioase sunt o idee bună.

La fel ca la începutul epocii prozacului, toată lumea, fără excepţie, părea să devină depresivă, să aibă a face cu depresia şi să vorbească despre lupta cu depresia, astfel încât, la începutul veacului al XVII-lea, omul nemelancolic a început să se concentreze pe ideea de melancolie. Atât în anii 1630, cât şi în anii ’90 ai secolului trecut, înţelesul termenului medical – *melancolie* sau *depresie* – a devenit confuz. Când *acedia* era un păcat, doar cei care erau într-atât de bolnavi, încât nu puteau umbla, ori care sufereau de anxietate delirantă, şi-ar fi recunoscut afecţiunea. Acum, când cuvântul *melancolie* era folosit ca semn de mare profunzime, capacitate de trăire spirituală, complexitate şi chiar geniu, oamenii preluau comportamentul depresivului fără să existe cauze medicale; curând, au descoperit că, deşi depresia reală poate fi greu de suportat, comportamentul depresiv poate fi plăcut. Se apucau să stea ore în şir lungiţi pe canapele, cu ochii ţintă la lună, să pună întrebări existenţiale, să arate că le e teamă de tot ce este anevoios, să nu reuşească să răspundă la întrebările care li se pun şi, una peste alta, să se poarte tocmai în felul pe care prohibirea *acediei* avea rostul de a-l împiedica. Şi totuşi, era aceeaşi structură fundamentală a maladiei – aceeaşi pe care o numim acum depresie. Această melancolie era o boală vrednică de laudă, care a fost constant supusă analizei. Cei care sufereau cu adevărat de melancolie gravă erau copleşiţi de simpatie şi respect, şi acestea, având în vedere diferitele progrese medicale, îi făceau să se simtă mai bine cu ea decât s-ar fi simţit în orice epocă de la Roma lui Galenus încoace.[505] Starea de spirit atât de cântată era ceea ce s-ar putea numi „melancolie albă“, ceva mai degrabă sclipitor decât ceţos. *Il Penseroso* al lui Milton descrie minunat imaginea veacului al XVII-lea:

...hail thou Goddness, sage and holy,
Hail, divinest Melancholy,
Whose saintly visage is too bright

To hit the sense of human sight

până ce, într-o ridicare în slăvi a izolării monastice, a tristeţii şi a bătrâneţii, Milton devine grandilocvent:

Find out the peaceful hermitage
The hairy gown and mossy cell
[...]
Till old experience do attain
To something like prophetic strain.
These pleasures, Melancholy, give,
And I with thee will choose to live.[506]

Secolul al XVII-lea a avut cel mai mare apărător al cauzei melancoliei. Robert Burton a pus cap la cap un mileniu de gândire şi un flux continuu de intuiţii personale răzleţe în *The Anatomy of Melancholy*, carte căreia i-a dedicat întreaga viaţă.[507] Cea mai frecvent citată lucrare cu acest subiect înainte de *Doliu şi melancolie* a lui Freud este o carte subtilă, contradictorie, deficient structurată şi extrem de informată, ce sintetizează şi încearcă să împace filozofiile lui Aristotel şi Ficino, spiritul personajelor al lui Shakespeare, intuiţiile medicale ale lui Hippocrates şi Galenus, motivaţiile religioase ale Bisericii medievale şi renascentiste şi experienţele personale de boală şi introspecţie. Capacitatea lui Burton de a pune în evidenţă legăturile reale dintre filozofie şi medicină şi dintre ştiinţă şi metafizică ne-a deschis calea către o teorie integrată a inteligenţei şi a materiei. Şi totuşi, nu-l putem credita pe Burton atât cu concilierea concepţiilor contradictorii, cât cu tolerarea contradicţiilor lor; reuşeşte să dea şase explicaţii discrepante unui singur fenomen, fără măcar să sugereze că fenomenul ar putea să fie supradeterminat. Pentru cititorul modern, acest lucru pare uneori ciudat; însă acelaşi cititor, dacă studiază texte publicate de Institutul Naţional pentru Sănătatea Mintală, constată că plurivalenţa afecţiunilor depresive rezidă tocmai în faptul că, de obicei, sunt supradeterminate – că depresia e destinaţia comună la care duc multe căi şi că în orice individ o anumită serie de simptome poate fi rezultatul uneia sau mai multor astfel de căi.

Burton vine cu o explicaţie fizică pentru melancolie: „Trupul nostru e ca un ceas: dacă o rotiţă nu e la locul ei, toate celelalte sunt dereglate, întregul aparat suferă.“ El recunoaşte că, „aşa cum înţelepţii disting opt grade ale căldurii şi frigului: noi putem distinge optzeci şi opt ale melancoliei, întrucât părţile afectate sunt cuprinse de ea în diverse măsuri ori s-au afundat mai

mult ori mai puţin în acest abis infernal“. Mai târziu, spune: „Proteus însuşi nu-i cu atâtea chipuri; ai putea desluşi caracterul adevărat al unui melancolic la fel de uşor cum i-ai face *Lunii* un înveliş nou; la fel de iute afli mişcarea unui funigel în aer ca inima unui om melancolic.“ Burton face o distincţie generală între „melancolia capului“, cu baza în creier, „melancolia întregului trup“ şi cea care vine din „intestine, ficat, splină ori membrană“, pe care o numeşte „melancolie vântoasă“. Apoi, pe toate acestea le divide şi le subdivide, creând o reprezentare cartografică a suferinţei.

Burton deosebeşte melancolia de simplul fapt de a fi „anost, trist, acru, greu la minte, prost dispus, singuratic, impasibil ori nemulţumit“. Aceste atribute, spune el, sunt ale oricărui om viu şi nu trebuie socotite, în ele însele, dovada bolii. „Omul născut din femeie“, spune el, citând *Book of Common Prayer* (*Cartea de rugăciuni obşteşti*), „are puţine zile de trăit, dar se satură de necazuri“ (Iov 14, 1). Aceasta nu înseamnă că suntem toţi melancolici. De fapt, Burton spune: „Aceste suferinţe ne învăluie viaţa. Şi-i cât se poate de lipsit de sens şi ridicol pentru orice muritor să caute în viaţa sa fericirea cea veşnică. E cu neputinţă, iar cel ce nu ştie asta şi nu-i pregătit s-o îndure nu-i potrivit să trăiască în astă lume. Află că, de n-o poţi îndura, n-ai cum s-o ocoleşti, ci trebuie să te înarmezi cu nobilă generozitate, să-i ţii piept, să suferi nenorocirea, s-o rabzi fără încetare.“

Nu poţi trăi în lume dacă nu poţi suporta adversitatea, iar adversitatea vine la fiecare dintre noi; adversitatea însă scapă cu uşurinţă de sub control. În vreme ce o simplă tuse e suportabilă, „una continuă şi cronică e pricină de tuberculoză; aşa fac şi provocările melancoliei noastre“. Şi Burton identifică principiul foarte modern că fiecare om are un nivel diferit de toleranţă la traume şi că interacţiunea dintre amploarea traumei şi nivelul toleranţei este ceea ce determină boala. „Căci ceea ce pentru unul e doar o pişcătură de purice – stârneşte la altul chinuri insuportabile, iar ceea ce unul, prin deosebită cumpătare şi stăpânire de sine, poate să învingă celălalt nu poate răbda nici o clipită, ci la orişice mic prilej de ofensă greşit înţeleasă, ocară, necaz, umilinţă, impas, mâhnire, zvon şi altele se lasă atât de tare în voia tulburării sufleteşti, încât se schimbă la faţă, digestia îi este întârziată, îi piere somnul, cugetul i se întunecă, iar inima îi e grea […] şi el însuşi e copleşit de *Melancolie*. Şi, aşa cum se întâmplă cu omul închis pentru datorii – odată ajuns în închisoare, toţi creditorii acţionează împotriva lui, şi probabil că-i vin de hac –, dacă vreo nemulţumire pune stăpânire pe un bolnav, toate celelalte tulburări se prind cât ai clipi de el, iar apoi, ca un câine şchiop ori o gâscă cu

aripa frântă, îşi pierde curajul şi puterea şi, în cele din urmă, e adus la acea boală a melancoliei înseşi.“ Burton recapitulează experienţa anxietăţii, incluzând-o corect în descrierea pe care o face depresiei: „În timpul zilei, vreun lucru teribil îi înspăimântă, fiind sfâşiaţi de bănuieli, teamă, tristeţe, nemulţumire, griji, ruşine, chin etc., ca nişte cai sălbatici care nu pot sta locului nici un ceas, nici o clipă.“

Burton face melancolicilor o descriere diferenţiată: ei sunt „neîncrezători, invidioşi, răutăcioşi“, „pizmaşi“, „cârtitori, nemulţumiţi“ şi „înclinaţi spre răzbunare“. Acelaşi Burton scrie că „melancolicii sunt cei mai plini de duh dintre toţi, iar [dispoziţia lor melancolică] stârneşte de multe ori o divină încântare şi un soi de *enthusiasmos* […] care-i face să fie excelenţi filozofi, poeţi, profeţi etc“. Ţine seama de moraliştii vremii sale, ocupându-se cu mult tact de chestiunile religioase legate de boală – dar susţine, de asemenea, că avântul religios excesiv poate fi un semn de melancolie ori poate da naştere deznădejdii nesăbuite; şi afirmă că oamenii trişti care primesc de la Dumnezeu porunci care-i înfricoşează şi în faţa cărora se simt neputincioşi probabil că sunt supuşi erorilor melancoliei. Şi spune, în cele din urmă, că melancolia e realmente o boală a trupului şi a sufletului deopotrivă, dar, pe de altă parte, asemenea lui Du Laurens, evită să sugereze ideea pierderii raţiunii (care i-ar face inumani pe subiecţii săi şi, prin urmare, animale), spunând că boala e o „carenţă a imaginaţiei“, nu a raţiunii înseşi.

Burton clasifică tratamentele depresiei care erau folosite atunci. Erau cele ilegale, „de la Necuratul, magicieni, vrăjitoare etc., prin farmece, vrăji, formule magice, idoli etc.“, şi cele legale, „nemijlocit de la Dumnezeu, *a Iove principium*, prin intermediul naturii, care privesc şi lucrează prin 1) *medic*; 2) *pacient*; 3) *ştiinţa medicinii*“. Cu toate că rătăceşte printr-o mulţime de categorii de tratamente, în cele din urmă spune că „cel mai de frunte“ constă în încercarea de a ne ocupa direct de „tulburările sufleteşti şi dereglările minţii“, şi recomandă „deschiderea sufletului“ către prieteni şi căutarea „bucuriei, a muzicii şi a tovărăşiei voioase“. Recomandă propria listă de tratamente: crăiţă, păpădie, frasin, salcie, tamarin, trandafir, violetă, mărdulce, vin, tutun, sirop de mac, spilcuţă, sunătoare „dacă e culeasă într-o vineri, la ceasul lui Iupiter“, şi să se poarte un inel făcut din piciorul drept din faţă al unui măgar.

Burton atacă şi problema dificilă a suicidului. Dacă melancolia era în vogă la sfârşitul secolului al XVI-lea, sinuciderea era interzisă de lege şi de Biserică, prohibiţia fiind întărită de legi economice. Dacă un om din Anglia

acelei vremi se sinucidea, familia trebuia să renunţe la toate bunurile lui, inclusiv pluguri, greble, mărfuri şi alte materiale necesare oricărui fel de viaţă economică. Un morar dintr-un târguşor englezesc se plângea pe patul de moarte, după ce-şi făcuse o rană mortală: „Mi-am aruncat avutul în mâinile regelui, mi-am lăsat nevasta şi copiii în sapă de lemn.“ Atent, şi de data asta, la moraliştii vremii sale, Burton discută implicaţiile religioase ale sinuciderii, dar, recunoscând cât de insuportabil de chinuitoare este anxietatea, se întreabă „dacă ar fi legal, în acest caz de melancolie, ca un om să comită un act de violenţă asupra sieşi“. Mai târziu, scrie: „În miezul acestor zile lamentabile, neplăcute şi atât de supărătoare, ei caută, în cele din urmă – neaflând alinare ori leac în viaţa asta mizerabilă –, să fie uşuraţi de toate prin moarte […], să-şi fie propriii călăi şi să se omoare singuri.“ Acest lucru este ieşit din comun, deoarece, până la Burton, problema depresiei fusese distinctă de delictul împotriva lui Dumnezeu al suicidului; şi, de fapt, cuvântul *suicid* pare să fi fost creat la scurt timp după publicarea operei principale a lui Burton. În carte, apar relatări despre cei care şi-au pus capăt zilelor din motive politice sau morale, care au făcut alegerea mai degrabă dintr-o mâhnită deliberare decât din boală. Trece apoi la sinuciderile celor lipsiţi de facultatea de a judeca normal, şi astfel aduce laolaltă aceste două chestiuni, care înainte fuseseră anatemizate, făcând din suicid un singur subiect de discuţie.

Burton prezintă o captivantă înşiruire de halucinaţii melancolice – un bărbat care credea că e moluscă, alţii care cred „că sunt din sticlă şi nu rabdă să se apropie cineva de ei; că sunt din plută, uşori ca penele, alţii grei ca plumbul, unii se tem că o să le cadă capul de pe umeri, că au broaşte în pântec etc. Altul nu cutează să păşească pe un pod, să se apropie de un heleşteu, de o stâncă, de o coastă abruptă, să stea într-o odaie cu grinzi, de teamă că o să fie ispitit să se spânzure, să se asfixieze ori să se arunce cu capul în jos“. Aceste halucinaţii erau caracteristice melancoliei din acea vreme, şi există din belşug descrieri ale lor în literatura medicală şi obişnuită. Scriitorul olandez Caspar Barlaeus a crezut, în diferite perioade ale vieţii sale, că e făcut din sticlă şi din paie care ar putea, în orice moment, să ia foc. Cervantes a scris o nuvelă, *El Licenciado Vidriera*, despre un om care credea că e făcut din sticlă. De fapt, aceste confuzii erau atât de obişnuite, încât unii medici se refereau la ele ca la „halucinaţia sticlei“. Apare ca fenomen în literatura populară din acea vreme în toate ţările occidentale. Mai mulţi olandezi erau convinşi că au fesele din sticlă şi se fereau cât puteau de mult

să se aşeze, ca să nu se spargă; unul susţinea că nu poate să călătorească decât într-o ladă plină de paie. Ludovicus a Casanova a lăsat o lungă descriere a unui brutar care credea că e făcut din unt şi era îngrozit că se topeşte. Ţinea morţiş să stea tot timpul despuiat şi acoperit cu frunze, care să-i ţină răcoare.

Aceste halucinaţii produceau tipuri de comportament melancolic – îi determinau pe oameni să se teamă de evenimentele obişnuite, să trăiască într-o frică permanentă şi să se ferească de îmbrăţişarea oricui. Cei care le suportau păreau, invariabil, că suferă de simptomele obişnuite – tristeţe nejustificată, veşnică senzaţie de oboseală, lipsa poftei de mâncare şi aşa mai departe, aspecte pe care le asociem, în zilele noastre, cu depresia. Această înclinaţie – existentă, într-o anumită măsură, înainte – către lumea iluziei (Papa Pius II povestea că regele Carol VI al Franţei, zis „Cel nebun“, credea, în secolul al XIV-lea, că e făcut din sticlă şi, ca să nu se spargă în cazul în care ar fi căzut, avea coaste de fier cusute în haine; năluciri de acest gen petrecute în Antichitate au fost consemnate de Rufus) şi care a ajuns la apogeu în secolul al XVII-lea nu e necunoscută în prezent. Există rapoarte recente despre o olandeză depresivă care crede că are braţele din sticlă şi nu vrea să se îmbrace, ca să nu le spargă;[508] adesea, pacienţii cu stare schizo-afectivă aud voci şi au viziuni; obsesiv-compulsivii au temeri la fel de iraţionale, cum e panica lipsei de curăţenie. Cu toate acestea, natura halucinatorie a depresiei a tins, pe măsura înaintării spre epoca modernă, să fie mai puţin specifică. Toţi acei halucinaţi din veacul al XVII-lea manifestă, în realitate, paranoia şi teamă de conspiraţii, ca şi sentimentul că sunt depăşiţi de cerinţele obişnuite ale vieţii, iar aceste senzaţii sunt pe deplin caracteristice depresiei moderne.

Îmi amintesc că, în perioada de depresie prin care am trecut, nu eram în stare să fac nici măcar lucruri obişnuite. „Nu pot să şed într-o sală de cinematograf“, am spus la un moment dat, când cineva a încercat să mă înveselească, invitându-mă în oraş la un film. „Nu pot să ies“, am zis mai apoi. Nu aveam o anumită explicaţie raţională pentru aceste simţăminte, nu mă aşteptam să mă topesc la film sau să fiu prefăcut în piatră de adierea de afară, şi ştiam, în principiu, că nu există motiv pentru care să nu pot ieşi din casă; dar ştiam că nu pot s-o fac, la fel de sigur cum ştiu că nu pot să trec dintr-un salt peste clădiri înalte. Puteam (şi am făcut-o) să dau vina pe serotonina mea. Nu cred că a existat vreo explicaţie convingătoare a motivului pentru care halucinaţiile pricinuite de depresie au luat o formă atât de concretă în secolul al XVII-lea, dar s-ar părea că, până ce au început să

apară explicaţii şi tratamente ştiinţifice ale depresiei, oamenii născoceau osaturi explicative pentru temerile lor. Numai într-o societate mai matură putea cineva să simtă teama de a fi atins ori de a sta în picioare sau de a şedea fără să concretizeze teama că are scheletul din sticlă; şi numai într-un context ce denaturează adevărul ar putea cineva să simtă o teamă iraţională de căldură fără să descrie în realitate teama că se topeşte. Aceste năluciri, ce pot părea încâlcite medicilor moderni, sunt mai uşor de înţeles dacă sunt puse în contextul lor.

Marele reformator al medicinei din secolul al XVII-lea, cel puţin din punct de vedere filozofic, a fost René Descartes. Cu toate că modelul său mecanicist privitor la conştiinţă nu era prea departe de tradiţia augustiniană a partiţiei suflet–trup, el avea ramificaţii specifice pentru medicină, şi în special pentru tratarea bolilor mintale. Descartes a pus un accent considerabil pe influenţa minţii asupra trupului şi invers şi a arătat, în *Les Passions de l'âme*, că starea de spirit poate influenţa nemijlocit trupul,[509] însă adepţii săi au avut tendinţa de a merge pe ipoteza partiţiei totale trup–suflet. De fapt, gândirea a ajuns să fie dominată de o biologie cartezian ă; acea biologie însă era, în mare măsură, greşită. Biologia cartezian ă a provocat o considerabilă schimbare a sorţii celor depresivi. Nesfârşita despicare a firului de păr referitoare la ce e trupul şi ce e mintea – dacă depresia e „un dezechilibru chimic" ori „o slăbiciune omenească" – e moştenirea noastră cartezian ă. De-abia în ultimii ani am trecut la rezolvarea acestei confuzii. Cum de a ajuns însă biologia cartezian ă să aibă atâta autoritate? După cum a spus un psiholog de la Universitatea din Londra: „Din experienţa mea, nu-i trup, nu-i minte – nu-s probleme."

Thomas Willis, străduindu-se să dovedească susceptibilitatea trupească a minţii, a publicat, la jumătatea veacului al XVII-lea, *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, prima teorie chimică pertinentă despre melancolie, teorie ce nu era condiţionată de vechile teorii umorale despre bila neagră, splină sau ficat. Willis credea că o „flacără stârnită" în sânge e întreţinută de „nutrimentul sulfuros" şi „aerul azotos", iar creierul şi nervii concentrează principiile spirituale rezultante spre dirijarea senzaţiilor şi a mişcărilor. Pentru Willis, sufletul e un fenomen fizic, „vrăjitoarea cea tenebroasă" a trupului vizibil, ce „depinde de compoziţia masei sangvine". Willis socotea că o diversitate de împrejurări pot determina creşterea cantităţii de sare în sânge, şi astfel să-i limiteze văpaia, ceea ce ar diminua lumina în creier şi ar pricinui apariţia nopţii cerebrale a melancoliei. Willis

credea că salinizarea sângelui poate fi cauzată de tot felul de împrejurări exterioare, inclusiv starea atmosferică, gândirea excesivă şi mişcarea insuficientă. Creierul melancolicului se fixează pe viziunile sale întunecate şi le integrează în firea sa. „Prin urmare, când flacăra vieţii e atât de mică şi inconsistentă, încât tremură şi pâlpâie la fiece mişcare, nu-i de mirare că persoana melancolică parcă ar avea o minte care slăbeşte brusc şi e pe jumătate răsturnată, mereu tristă şi temătoare.“ Efectul acestui fel de problemă, dacă persistă, va fi transformarea organică a creierului. Sângele melancolic poate „să-şi taie cale spre noi porozităţi în trupurile învecinate“; „natura acetică a principiilor spirituale“ şi „necuviinţa *melancolică*“ alterează „conformaţia creierului însuşi“. Apoi, principiile spirituale „nu-şi mai respectă traseele şi căile de răspândire anterioare, ci-şi fac o mulţime de lăcaşuri noi şi nedorite“. Cu toate că originile acestui principiu sunt confuze, realitatea menţionată este confirmată de ştiinţa modernă; depresia persistentă modifică într-adevăr creierul, săpând „lăcaşuri nedorite“.[510]

La cumpăna dintre veacurile al XVII-lea şi al XVIII-lea, s-au făcut paşi foarte mari în ştiinţă. Explicarea melancoliei a cunoscut schimbări semnificative, drept consecinţă a noilor teorii despre corp, care au adus cu ele o serie de noi teorii despre biologia minţii şi disfuncţiile ei. Nicholas Robinson a propus un model fibros al trupului, iar în 1729 a spus că depresia e produsă de pierderea elasticităţii fibrelor. Robinson nu avea încredere în ceea ce numim noi acum terapii conversaţionale. „Poţi să încerci să sfătuieşti un om cum să iasă din cea mai puternică febră“, a scris el, „încercând să produci o modificare a facultăţilor sale prin efectul sunetului, deşi niciodată nu s-a aplicat prea convingător.“[511] Aici începe abandonarea totală a melancolicului ca individ a cărui capacitate de a da explicaţii despre sine ar putea fi luată în considerare la tratarea lui.

În 1742, Hermann Boerhaave[512] a urmărit această idee şi a creat aşa-zisul model iatromecanic, conform căruia toate funcţiile corpului pot fi explicate printr-o teorie hidraulică; el considera corpul „o maşinărie vie, însufleţită“. Creierul este, conform afirmaţiei lui Boerhaave, o glandă, şi secreţii de natură nervoasă ale acestei glande se propagă prin sânge. Sângele este alcătuit din amestecul multor substanţe şi, când echilibrul este perturbat, susţinea el, apar problemele. Depresia apare când substanţele uleioase şi grase din sânge sporesc, iar secreţiile de natură nervoasă sunt insuficiente. În aceste condiţii, sângele încetează să mai circule prin locurile potrivite. Boerhaave a susţinut că motivul e adesea faptul că individul şi-a folosit prea mult din secreţia de

natură nervoasă în vederea gândirii (ceea ce înseamnă suprasolicitare); soluţia era să gândeşti mai puţin şi să acţionezi mai mult, dând astfel un echilibru mai bun componentelor sângelui. Asemenea lui Willis, Boerhaave spunea aici un adevăr: reducerea alimentării cu sânge a anumitor zone din creier poate avea ca rezultat depresie sau halucinaţii; iar apariţia depresiei la vârstnicii senili se bazează adesea pe faptul că sângele nu circulă corect în creier, unde anumite zone s-au îngroşat (ca şi cum s-ar fi coagulat) şi nu absorb elementele nutritive din sânge.[513]

Toată această teorie a slujit la dezumanizarea umanului. Julien Offray de La Mettrie, unul dintre marii susţinători ai lui Boerhaave,[514] i-a scandalizat pe cei evlavioşi când şi-a publicat, în 1747, *Omul-maşină*;[515] a fost izgonit de la Curtea franceză şi s-a dus la Leiden; a fost izgonit şi de acolo şi a murit la patruzeci şi doi de ani, în îndepărtatul Berlin. El a propus teoria conform căreia omul nu e nimic altceva decât o asociere de substanţe chimice angrenate în acţiuni mecanice – teoria ştiinţei pure, aşa cum a ajuns până la noi. De La Mettrie a susţinut că substanţa vie este, prin natura ei, senzitivă, şi că din această senzitivitate a ei derivă orice acţiune. „Senzitivitatea e izvorul tuturor sentimentelor noastre, al tuturor plăcerilor noastre, al tuturor pasiunilor noastre şi al tuturor gândurilor noastre.“ Această viziune depindea de un concept privind natura umană care stătea, mai presus de orice, sub semnul ordinii; lipsa ordinii, ca depresia, era echivalentă cu funcţionarea defectuoasă a uimitoarei maşinării, mai degrabă o abatere decât un element al funcţionării ei.

De aici, mai era un pas mic până la ideea că melancolia e un aspect al problemei generale a bolii mintale. Friedrich Hoffman[516] a fost primul care a sugerat coerent şi energic ceea ce avea să devină teoria genetică: „Nebunia e o boală ereditară“, scria el, „şi persistă adesea toată viaţa; are uneori lungi pauze, în care pacientul pare să fie în toate minţile; şi revine la intervale regulate.“ Hoffman a propus unele tratamente destul de convenţionale pentru melancolie, spunând, spre a face plăcere, că „leacul cel mai bun pentru nebunia stârnită de iubire la femeile tinere e măritişul“.

Explicaţiile ştiinţifice cu privire la corp şi minte şi-au făcut apariţia într-un ritm extrem de rapid, pe tot parcursul secolului al XVIII-lea. În Epoca Raţiunii însă, cei lipsiţi de raţiune se aflau într-un grav dezavantaj social, şi, în vreme ce ştiinţa înainta cu paşi uriaşi, poziţia socială a celor depresivi făcea paşi mari înapoi. Spinoza spusese, la sfârşitul secolului al XVII-lea, prevestind triumful Raţiunii, că „un afect ajunge mai mult sub controlul

nostru, iar mintea e mai puţin pasivă faţă de el, proporţional cu măsura în care ne este cunoscut“ şi că „oricine are putinţa de a se înţelege limpede şi distinct pe sine şi propriile afecte şi de a face în aşa fel încât să ajungă să le fie mai puţin supus“.[517] Aşadar, melancolicul nu mai este acum un personaj demonic, ci unul delăsător cu sine, ce refuză autodisciplina, atât de la îndemână, a sănătăţii mintale. În afară de perioada Inchiziţiei, secolul al XVIII-lea a fost, probabil, cel mai nefast moment din istorie pentru cei suferinzi de tulburare mintală severă. În vreme ce Boerhaave şi La Mettrie elaborau teorii, persoanele cu boli mintale grave, după ce erau categorisite ca atare de rudele lor, erau tratate pe jumătate ca specimene de laborator, iar pe jumătate ca animale sălbatice abia ieşite din junglă, ce trebuiau domesticite. Oamenii din secolul al XVIII-lea, obsedaţi de maniere şi moravuri, ostili faţă de cei care nu le respectau şi stimulaţi de străinii aduşi din teritoriile coloniale, îi pedepseau cu asprime pe cei al căror comportament bizar părea să ameninţe convenţiile, indiferent de clasa ori naţionalitatea lor. Aceştia, izolaţi de societatea lor, erau duşi în lumea populată cu nebuni de legat de la Bedlam (în Anglia) sau în spitalul ororilor de la Bicêtre (în Franţa), locuri care l-ar împinge la nebunie chiar şi pe omul cel mai raţional posibil.[518] Cu toate că aceste instituţii existau de mult – Bedlam a fost întemeiat în 1247, iar din 1547 era azil de nebuni săraci –, ele şi-au căpătat actualul profil în veacul al XVIII-lea. Conceptul de „raţiune“ implică un acord firesc între oameni şi este esenţialmente o noţiune ce ţine de convenţie; „raţiunea“ e definită prin consens. Ideea de a îngloba extremele în ordinea socială e opusă acestei raţiuni. După standardele Epocii Raţiunii, extremele stării mintale nu sunt puncte abstracte pe un continuum logic; ele sunt puncte aflate cu totul în afara unei coerenţe definite. În secolul al XVIII-lea, cei bolnavi mintal erau socotiţi declasaţi, fără drepturi sau poziţie socială. Atât de limitaţi social erau cei cu halucinaţii şi cei depresivi, încât William Blake s-a plâns: „Stafiile sunt în afara legii.“[519]

Printre bolnavii mintal, depresivul avea avantajul de a fi relativ docil şi, prin urmare, abuzurile asupra lui erau, şi ele, ceva mai puţin atroce decât în cazul maniacului şi al schizofrenicului. Murdărie, sărăcie, tortură şi suferinţă – de astea au avut parte melancolicii pe tot parcursul Epocii Raţiunii şi al Regenţei.[520] Societatea respingea ideea că persoanele cu afecţiuni psihice grave ar putea să-şi revină; după ce te ştia lumea că nu eşti în toate minţile, că ai intrat într-un spital de boli mintale şi ai stat acolo, probabilitatea să-ţi recapeţi dreapta judecată nu era mai mare decât a unui rinocer aflat în

captivitate. Medicul-şef de la Bedlam, John Monro, a spus că melancolia e cu neputinţă de tratat şi că „leacul tulburării depinde de *gestionare* la fel de mult ca de medicină“.[521] Cei care sufereau de cele mai grave forme de melancolie erau supuşi adesea celor mai îngrozitoare tratamente. Boerhaave însuşi propusese ca pacienţilor să li se provoace o mare durere fizică, pentru a li se abate atenţia de la durerea dinlăuntrul minţii lor. Nu era neobişnuit ca depresivii să fie, practic, înecaţi; se produceau dispozitive mecanice de complexitatea celor din lucrările lui Bosch,[522] pentru a-i face pe melancolici să leşine şi să vomite, alternativ.

Cei cu depresie mai puţin severă (dar tot gravă) se aflau adesea în situaţia să ducă o viaţă aproape clandestină, ca urmare a acestei afecţiuni. James Boswell le-a scris pe larg prietenilor despre momentele sale de depresie; la fel a făcut, după el, poetul William Cowper. Descrierile lor ne prezintă atmosfera suferinţelor grele legate de depresie în toată această perioadă. În 1763, Boswell scria: „Nu te aştepta să afli din această scrisoare altceva decât chinul bietului tău prieten. Am fost melancolic în cea mai grozavă şi mai sfâşietoare măsură. Sunt demoralizat cu totul. Mintea mi-a fost plină de cele mai întunecate idei, iar forţele raţiunii m-au părăsit. Poţi să crezi aşa ceva? Alergam înnebunit pe străzi, strigând, văicărindu-mă şi gemând din străfundul inimii. O, DUMNEZEULE mare! Prin ce am trecut! O, prietene, cât de vrednic de milă am fost! Ce puteam să fac? Nimic nu mă interesa. Toate păreau să nu fie bune de nimic, totul era plictisitor la culme.“ Mai târziu, în acelaşi an, a adăugat, scriindu-i altui prieten: „M-a cuprins o melancolie adâncă. M-am văzut bătrân, jalnic şi părăsit. Toate ideile groaznice pe care ţi le poţi închipui mi-au venit în minte. Am stat să cuget în general la lucruri; toate păreau pline de întuneric şi durere.“ Boswell a hotărât să scrie, în fiecare zi, zece rânduri adresate sieşi, şi a constatat că, descriindu-şi starea în care se află chiar când trece prin ea, poate păstra un oarecare nivel de sănătate, cu toate că rândurile erau pline de elipse. Întâlnim astfel însemnări ca: „Ai fost îngrozitor de melancolic şi ai avut cele din urmă şi cele mai cumplite gânduri. Ai venit acasă şi te-ai rugat…“ şi, după câteva zile: „Ieri, ţi-a fost foarte rău după cină, iar gândurile lugubre te-au înfiorat. Ai fost şovăitor, tulburat şi la pământ, ai spus că te duci la culcare, şi cu greu ai buchisit greceşte…“[523]

Samuel Johnson, a cărui viaţă a consemnat-o Boswell, era şi el înclinat spre depresie majoră şi, într-adevăr, depresia celor doi i-a legat o vreme. Johnson susţinea că *The Anatomy of Melancholy* a lui Burton a fost singura

carte care l-a făcut să se scoale „cu două ceasuri mai devreme decât ar fi vrut“. Johnson era mereu conştient de faptul că e muritor şi era îngrozit că pierde timpul (cu toate că, în perioadele cele mai întunecate ale depresiei, zăcea şi nu făcea nimic multă vreme). „Totdeauna nădăjduiesc să ţin piept câinelui cel negru“,[524] scria Johnson, „şi, cu vremea, să-l alung, cu toate că sunt lipsit de aproape toţi cei care obişnuiau să mă ajute. Când mă trezesc, iau micul dejun în singurătate, câinele cel negru aşteaptă s-o-mpart cu el, de la micul dejun până la cină nu se opreşte din lătrat.“[525] Şi, aşa cum i-a spus odată Boswell, parafrazând versurile lui Dryden: „Melancolia, asemenea «marelui poznaş», poate fi aproape o aliată a nebuniei; dar, după părerea mea, între ele e o clară deosebire.“

William Cowper şi-a poetizat mâhnirea, cu toate că pare să fi fost şi mai împovărată de deznădejde decât la Boswell. Cowper i-a scris, în 1772, unui văr: „N-o să încerc să-ţi răspund pe note de tristeţe şi descurajare, deşi toate strunele mele sprinţare par să se fi rupt.“ În anul următor, a avut o cădere psihică gravă şi, o vreme, a fost pur şi simplu părăsit de puteri. A scris, în acea perioadă, o serie de poeme care provoacă spaimă, dintre care unul care se încheie cu: „Eu, îmbuibat cu judecată critică, într-un mormânt de carne, sunt / Îngropat deasupra solului.“ Cowper nu şi-a prea găsit salvarea în scris; zece rânduri pe zi nu aveau cum să-i aline deznădejdea. De fapt, cu toate că ştia că e un mare poet, simţea că iscusinţa sa la cuvinte era aproape irelevantă în privinţa trăirii depresiei. În 1780, i-a scris lui John Newman: „Mi s-a încredinţat taina cea grozavă, dar nu şi puterea de a o împărtăşi în vreun scop. Port o povară pentru care nu există umeri s-o poată duce, decât dacă se sprijină, ca ai mei, pe o inimă fără de pereche şi nefiresc de încercată.“[526] Edward Young, care scria cam tot pe atunci, vorbea de „străinul din tine“ şi descria pustiul lumii: „Aşa e harta melancoliei lumii! Dar mult / mai trist! Această lume e adevărata hartă a omului.“[527] Iar Tobias Smollett scria: „Am avut în aceşti paisprezece ani în mine un spital şi mi-am studiat propriul caz cu cea mai laborioasă atenţie.“[528]

Soarta femeilor era deosebit de grea. Marchiza du Deffand îi scria unei prietene din Anglia: „Nu-ţi poţi închipui cum e să gândeşti, şi totuşi să n-ai nici o ocupaţie. Adaugă la asta un gust care nu-i uşor de mulţumit şi o mare dragoste faţă de adevăr, şi susţin că ar fi fost mai bine să nu fi venit pe lume.“ În altă scrisoare, spunea, nemulţumită de sine: „Spune-mi de ce, deşi nu pot suferi viaţa, încă mi-e frică de moarte.“[529]

Austerii protestanţi de la sfârşitul veacului al XVIII-lea puneau depresia pe

seama decăderii societăţii şi arătau procentul mare al bolii în rândurile unei aristocraţii nostalgice după trecutul său. Ceea ce fusese cândva semnul distinctiv al rafinamentului aristocratic era acum indiciul decăderii morale şi al slăbiciunii, iar soluţia era golirea de conţinut a înfumurării. Samuel Johnson spunea că încercările prin care trecem previn spleenul şi observa că „în Scoţia, unde locuitorii, în general, nu sunt nici bogaţi, nici nu le place luxul, nebunia, după cum mi s-a spus, e foarte rară“.[530] John Brown a afirmat că „viaţa noastră efeminată, nebărbătească, acţionând dimpreună cu climatul insulei noastre, a produs, după cum se ştie, o sporire a *caracterelor slabe* şi a *tulburărilor nervoase*“. Edmund Burke a susţinut că „melancolia, descurajarea, deznădejdea şi, adesea, curmarea propriei vieţi sunt consecinţa concepţiei sumbre despre lucruri pe care o avem în această stare odihnită a trupului. Cel mai bun leac pentru toate aceste rele e mişcarea fizică ori *munca*“[531]. Candide al lui Voltaire se frământă şi după ce necazurile sale s-au isprăvit; în cele din urmă, iubita lui depresivă întreabă: „Aş vrea să ştiu ce e mai rău, să te siluiască sute de piraţi negri, să ţi se reteze o bucă, să fii bătut cu nuiele la bulgari, să fii ciomăgit şi spânzurat, să fii disecat, să vâsleşti pe o galeră, într-un cuvânt să înduri toate necazurile pe care le-am îndurat noi, sau, dimpotrivă, să stăm aici şi să n-aveam nimic de făcut?[532] Problema se rezolvă când ea şi Candide se oferă să se îngrijească de grădina de zarzavaturi; săpatul are un efect cât se poate de benefic asupra stării de spirit. Şi totuşi, circula şi ideea contrară că o viaţă bună poate ridica nivelul stării de spirit, iar munca o poate coborî; Horace Walpole i-a scris unui prieten o reţetă: „*Rx*[533] *CCCLXV de zile la Londra*“, ca să alunge povara unei boli pe care nici un sirop tonic de la ţară nu fusese în stare s-o vindece.[534]

La sfârşitul secolului al XVIII-lea, spiritul romantismului începea să prindă viaţă şi apăreau primele semne ale trezirii din sterilitatea raţiunii pure. Sublimul – măreţ şi sfâşietor deopotrivă – trezeşte interesul spiritului. Depresia e acceptată iarăşi, mai iubită decât a fost vreodată de la Ficino încoace. Thomas Gray simte starea de spirit a unei epoci care priveşte din nou depresia ca pe un izvor de cunoştinţe, nu ca pe o tulburare a minţii expulzate din sfera cunoaşterii. Poemul său *Elegy Written in a Country Churchyard* (*Elegie scrisă în curtea unei biserici săteşti*) a devenit un text-standard despre înţelepciunea pe care ţi-o dă întristarea din preajma adevărului, prin care înveţi că *the paths of glory lead but to the grave*. Privind terenurile de joc de la Eton, a văzut că

To each his suff’rings: all are men,

Condemn’d alike to groan
The tender for another’s pain,
The unfeeling for his own.
[...]
No more, where ignorance is bliss,
’Tis folly to be wise.[535]

S.T. Coleridge scria în 1794 că voinţa îi este paralizată de „Bucuria suferinţei! O plăcere misterioasă planează cu cernita-i aripă peste mintea cea zbuciumată.“[536] Immanuel Kant susţinea că „despărţirea melancolică de vânzoleala lumii din pricina unei oboseli îndreptăţite e nobilă“ şi că „virtutea adevărată bazată pe principii are în ea ceva ce pare să se armonizeze cel mai bine cu dispoziţia melancolică.“[537] Aceasta era starea de spirit cu care secolul al XIX-lea avea să întâmpine depresia.

Înainte de a părăsi secolul al XVIII-lea, merită să vedem ce s-a întâmplat în coloniile din America de Nord, unde forţa morală a protestantismului era şi mai mare decât în Europa. Problema melancoliei i-a pus în mare măsură pe jar pe colonişti, şi curând după sosirea lor în Massachusetts a apărut o şcoală de gândire americană pe acest subiect. Coloniştii tindeau să fie, desigur, conservatori în comparaţie cu semenii lor din Europa: şi, deoarece reprezentau adesea concepţii religioase extreme de un fel sau altul, preferau explicaţiile religioase ale depresiei. Viaţa le era extrem de grea; lumea lor păstra unele rigidităţi formale; rata mortalităţii era extrem de mare; iar sentimentul de izolare era deosebit de pregnant.[538] Reţetele lui Horace Walpole nu erau disponibile pentru ei; nu prea aveai cu ce să-i atragi ori să-i distrezi ca să le îmbunătăţeşti dispoziţia melancolică. De asemenea, concentrarea pe mântuire şi pe misterele ei avea avantajul să abată gândurile oamenilor, singura ţintă a vieţii lor fiind ceva aflat, prin definiţie, sub semnul nelămuritului.

Melancolicii din aceste societăţi erau, aproape mereu, socotiţi ca expuşi ingerinţei diavolului, pradă lui din pricina propriei slăbiciuni ori a apatiei lor faţă de Dumnezeu-Mântuitorul.[539] Cotton Mather a fost primul care a comentat pe larg aceste probleme. Cu toate că, în prima parte a vieţii, fusese înclinat spre judecăţi morale extreme, poziţia i s-a îmblânzit şi s-a schimbat întru câtva atunci când soţia sa, Lydia, a avut o depresie „la un pas de o adevărată posedare satanică“.[540] În anii care au urmat, Mather a dedicat mult timp şi atenţie problemei melancoliei şi a început să elaboreze o teorie în care divinul şi biologicul, naturalul şi supranaturalul acţionau într-o sincronie

complexă.

În 1724, Mather a publicat *The Angel of Bethesda*, prima carte scrisă în America despre depresie. El s-a concentrat mai mult pe tratamente decât pe cauzele diavoleşti ale afecţiunii. „Fie ca prietenii acestor sărmani *melancolici* să nu fie prea curând *sleiţi de puteri* în faţa lucrurilor *istovitoare* pe care ei trebuie acum să le *suporte cu stăruinţă*, *lipsa de înţeles* şi *sminteala* lor trebuie *îngăduite cu răbdare, noi, care suntem în putere, trebuie să acceptăm neputinţele celor slabi*; şi să-i tratăm cu îngăduinţă, prudenţă, generozitate plină de omenie, compasiune şi să le facem pe voie ca unor *copii* şi să aibă din parte-ne doar *priviri blânde* şi *vorbe plăcute*. Iară de grăiesc lucruri ce-s cu-adevărat *amarnice* (şi ca nişte *pumnale*) pentru noi, nu trebuie să le-o luăm în nume de rău, căci sunt rostite de aceşti oameni; nu *ei* sunt cei ce grăiesc; e *boala* lor! Ei continuă să fie *aceiaşi ca mai înainte*.“ Terapiile sugerate de Mather sunt un amestec ciudat de exorcism, de tratamente eficiente biologic („decoctul de scânteiuţă cu flori violete; de asemenea, părţile superioare de sunătoare; ca unul specific pentru *nebunie*“) şi de unele cam dubioase (aplicarea de „rândunele vii, tăiate în două şi puse fierbinţi şi fumegânde pe capul ras“ şi „*Sirop de fier*, patru uncii, se ia câte o lingură de două ori pe zi într-un mediu de dispersie potrivit“).[541]

Henry Rose, care şi-a publicat lucrările la Philadelphia în 1794, a atribuit pasiunilor capacitatea de a „spori sau diminua puterea funcţiilor vitale şi naturale“. El susţinea că, atunci când „îşi depăşesc rânduiala şi limitele, pasiunile devin imorale şi trebuie evitate; nu doar din pricină că tulbură pacea minţii, ci pentru că prejudiciază natura trupului“. În cea mai bună tradiţie puritană, recomanda detaşarea – reprimarea sentimentelor puternice şi a libidoului – drept cea mai bună metodă pentru a se păzi de trecerea peste limită.[542] Acest concept puritan avea să-şi păstreze ascendentul asupra imaginaţiei americane multă vreme după ce dispăruse din alte părţi. Chiar şi la mijlocul secolului al XIX-lea America se mândrea cu revirimente religioase asociate strâns cu boala. În Statele Unite şi-a găsit locul „*anorexia nervosa* evanghelică“,[543] care însemna că oameni care se credeau nevrednici de Dumnezeu se lipseau de hrană (şi adesea de somn) până ce se îmbolnăveau sau chiar mureau; cei care sufereau astfel erau numiţi de contemporanii lor „perfecţionişti ai foamei“.

Dacă Epoca Raţiunii a fost deosebit de nefavorabilă depresiei, epoca romantică – ce a durat de la sfârşitul secolului al XVIII-lea până la apariţia epocii victoriene – i-a fost cât se poate de prielnică. Melancolia era privită

acum nu ca o condiţie a bunei cunoaşteri, ci drept cunoaşterea însăşi. Adevărurile lumii nu stăteau sub semnul fericirii; prezenţa lui Dumnezeu în lume era evidentă, existau însă îndoieli în privinţa statutului Său explicit; iar începuturile industriei dădeau naştere primelor tensiuni ale alienării moderne, îndepărtându-l pe om de obiectul muncii sale. Kant susţinea că sublimul e totdeauna „însoţit de o oarecare înfricoşare ori melancolie“.[544] În esenţă, aceasta a fost epoca în care un pozitivism absolut era socotit mai degrabă naiv decât ceva ce se cuvine cinstit. E limpede că în trecut, şi încă unul destul de îndepărtat, omul a fost mai aproape de natură, iar pierderea relaţiei nemijlocite cu natura sălbatică însemna pierderea unei bucurii cu neputinţă de regăsit. Oamenii din această vreme se lamentau în mod explicit de trecerea timpului – nu doar de îmbătrânire, nu doar de pierderea energiei tinereşti, ci şi de faptul că timpul nu poate fi oprit în loc. Este epoca lui Faust al lui Goethe, care i-a spus clipei: „Rămâi! Eşti frumoasă!“,[545] iar pentru asta şi-a vândut sufletul, primind osânda cea veşnică. Copilăria însuma inocenţa şi bucuria; trecerea ei ducea la o maturitate postparadiziacă plină de umbre şi suferinţă. Aşa cum spune Wordsworth: *We Poets in our youth begin in gladness; / But thereof come in the end despondency and madness.*[546]

John Keats scria: *I have been half in love with easeful death* – căci trăirea vieţii ca atare era prea chinuitor dureroasă ca să poată fi îndurată. În exemplara sa *Odă la Melancolie* şi în *Odă la o urnă grecească*, vorbeşte cu o tristeţe apăsătoare despre vremelnicia ce face, din lucrul cel mai drag, lucrul cel mai trist, aşa încât, în cele din urmă, nu există deosebire între bucurie şi tristeţe. Despre melancolia însăşi spune:

She dwells with Beauty—Beauty that must die;
And Joy, whose hand is ever at his lips
Bidding adieu; and aching Pleasure nigh,
Turning to Poison while the bee-mouth sips:
Aye, in the very temple of Delight
Veil’d Melancholy has her sovran shrine.[547]

Astfel, şi Shelley invocă instabilitatea trăirii, iuţeala timpului, ideea că un răgaz din partea tristeţii este urmat doar de o tristeţe mai mare:

The flower that smiles today
Tomorrow dies;
All that we wish to staz,
Tempts and then flies.

[...]
Whilst yet the calm hours creep,
Dream thou—and from thy sleep
Then wake to weep.[548]

În Italia, Giacomo Leopardi scria, făcându-se ecoul acestui sentiment: „Soarta n-a făcut făpturii noastre / alt dar, decât acela de a muri“.[549] Ne aflăm departe de întristarea lui Thomas Gray, care cugeta la frumuseţe în curtea unei biserici de sat; e cel mai timpuriu nihilism, o viziune a purei deşertăciuni, mai apropiată de Ecleziast („Deşertăciunea deşertăciunilor; toate sunt deşertăciune“)[550] decât de *Paradisul pierdut*. În Germania, sentimentul avea să dobândească un nume mai presus de „melancolie“: *Weltschmertz* „suferinţă universală, dezgust faţă de lume, pesimism“. Avea să devină o lentilă prin care va fi perceput orice alt sentiment. Goethe, marele reprezentant al pesimismului sentimental (*Weltschmertz*), a făcut poate mai mult decât orice alt autor pentru descrierea naturii tumultuoase, tragice, a existenţei. În *Suferinţele tânărului Werther*, prezintă imposibilitatea accesului la sublim: „Atunci, în fericită neştiinţă, doream să plec în lumea necunoscută, unde nădăjduiam să găsesc inimii mele atâta hrană şi atâta plăcere, încât să-mi umplu şi să-mi potolesc pieptul plin de dor şi de năzuinţe. Acum mă întorc din lumea largă… o, prietene, cu câte nădejdi neîmplinite, cu câte planuri sfărâmate! […] Ce e omul […]! Nu-i lipsesc oare puterile tocmai când are mai multă nevoie de ele? Iar când s-avântă plin de bucurie sau se scufundă în durere, nu este el oare deopotrivă ţinut în loc şi împins înapoi, la recea şi stearpa conştiinţă, tocmai atunci când dorea să se piardă în adâncul nesfârşirii?“[551] Depresia, aici, e adevăr. Charles Baudelaire a introdus cuvântul *spleen*, cu tezaurul său emoţional, în universul romantismului francez. Lumea cea rece a răului lamentabil în care trăia nu mai era în stare să depăşească melancolia mai mult decât a putut s-o facă străduinţa lui Goethe de a accede la sublim:

Când cerul scund şi negru ca un capac se lasă
Pe sufletul dat pradă urâtului şi când
Ne toarnă-o zi mai tristă ca noaptea şi ceţoasă
Întinsul cerc al zării întregi îmbrăţişând;
[…]
Şi lungi şi nesfârşite convoaie mortuare
Încet şi fără muzici prin suflet trec mereu;

Speranţa-nvinsă plânge; şi rea, dominatoare,
Înfige Spaima negrul ei steag în craniul meu.[552]

Alături de această linie poetică, se află una a filozofiei, care merge înapoi, dincolo de raţionalismul romantic al lui Kant, de optimismul lui Voltaire şi de relativa detaşare a lui Descartes, până la neputinţa şi neajutorarea pline de spaimă, fixate în substanţa personajului Hamlet sau chiar în *De Contemptu mundi*.[553] Hegel, la începutul secolului al XIX-lea, ne-a mărturisit: „Istoria nu este ţărâna din care creşte fericirea. Perioadele de fericire din ea sunt paginile albe ale istoriei. Există unele momente de satisfacţie în istoria lumii, dar această satisfacţie nu trebuie să fie asociată cu fericirea.“[554] Această respingere a fericirii ca stare firească la care ar putea să aspire în mod raţional civilizaţiile lansează cinismul modern. Pentru urechile noastre pare aproape evident, însă, la vremea sa, a fost o poziţie eretică a melancoliei: *adevărul* este că ne-am născut în suferinţă şi vom continua cu suferinţa, şi că cei care înţeleg suferinţa şi trăiesc în strânsă legătură cu ea sunt cei care cunosc cel mai bine istoria trecută şi viitoare. Şi totuşi, sumbrul Hegel afirmă, în altă parte, că cedarea în faţa disperării înseamnă să pierzi.

Dintre filozofi, Søren Kierkegaard e asul depresiei. Lipsit de angajarea lui Hegel în a se împotrivi deznădejdii, Kierkegaard a urmărit fiecare adevăr până-n pânzele albe, străduindu-se să evite compromisul. Găsea o ciudată consolare în suferinţă, deoarece credea în sinceritatea şi realitatea ei. „Tristeţea mea e turnul meu“, a scris. „În marea mea melancolie, am iubit viaţa, pentru că mi-am iubit melancolia.“ E ca şi cum Kierkegaard credea că fericirea i-ar slăbi puterile. Nefiind în stare să-i iubească pe cei din jur, s-a întors către credinţă ca spre o expresie a ceva atât de îndepărtat, încât e dincolo de disperare. „Stau aici“, scria, „ca un arcaş al cărui arc e încordat până la refuz şi căruia i se cere să tragă într-o ţintă aflată la cinci paşi de el. Asta n-o pot face, zice arcaşul, dar ia pune ţinta la două-trei sute de paşi, şi o să vezi!“ În vreme ce filozofii şi poeţii anteriori au vorbit despre om că e melancolic, Kierkegaard descoperea că omenirea e cea melancolică. „Curios“, scria el, „nu e că cineva ar putea fi deznădăjduit; nu, ceea ce e curios, marea ciudăţenie e că el ar putea cu adevărat să nu fie disperat.“[555]

Arthur Schopenhauer a fost un pesimist şi mai mare decât Kierkegaard, pentru că nu credea că suferinţa înnobilează în vreun fel; şi totuşi, era şi un ironist, iar în aforismele sale continuitatea vieţii şi a istoriei era mai degrabă absurdă decât tragică. „Viaţa e o afacere ale cărei câştiguri nu izbutesc nici pe departe să acopere cheltuielile“, scria. „Hai să ne uităm un pic la ea; această

lume de creaturi care tot timpul au nevoie de ceva, care merg mai departe o vreme pur şi simplu devorându-se între ele, îşi petrec existenţa în nelinişte şi nevoi şi adesea rabdă suferinţe cumplite, până ce cad, în cele din urmă, în braţele morţii.“ Depresivul, în viziunea lui Schopenhauer, trăieşte doar în virtutea faptului că dispune de un instinct fundamental ca să facă acest lucru, „care este, în primul rând şi necondiţionat, premisa tuturor premiselor“. S-a făcut ecoul anticei aserţiuni a lui Aristotel că oamenii de geniu sunt melancolici, spunând că omul realmente inteligent va recunoaşte „mizeria condiţiei sale“. Asemenea lui Swift şi Voltaire, Schopenhauer credea în muncă – nu pentru că munca ajută la ridicarea moralului, ci pentru că abate atenţia oamenilor de la esenţiala lor depresie. „Dacă lumea ar fi un paradis al vieţii îmbelşugate şi comode“, scria, „oamenii fie ar muri de urât, fie s-ar omorî.“ Chiar şi plăcerea trupească, cea care ar trebui să ne ia gândul de la deznădejde, e doar o distracţie necesară dată de natură ca să ţină în viaţă omenirea. „Dacă pruncii ar fi aduşi pe lume doar printr-un act de raţiune pură, oare omenirea ar continua să existe? N-ar avea oare omul atâta compătimire faţă de generaţia viitoare, încât s-o cruţe de povara existenţei?“[556]

Friedrich Nietzsche a fost cel care a încercat, de fapt, să readucă aceste opinii la chestiunea specifică a bolii şi a subtilităţii ei: „M-am întrebat dacă toate valorile supreme ale filozofiei, moralei şi religiei dinainte n-ar putea fi comparate cu valorile celor lipsiţi de vlagă, ale celor *bolnavi mintal* şi neurastenicilor: într-o formă mai moderată, ei reprezintă aceleaşi rele. Sănătatea şi boala nu sunt esenţialmente diferite, aşa cum presupun medicii din vechime şi chiar unii din zilele noastre. De fapt, există diferenţe doar între gradele acestor două feluri de trăire: exagerarea, disproporţia, lipsa de armonie a fenomenelor normale constituie starea patologică.“[557]

Cei dezechilibraţi şi cei bolnavi mintal şi-au recăpătat, în secolul al XIX-lea, statutul de om. După ce-şi petrecuseră ultima sută de ani ca animale, ei vor copia acum – cu sau fără voia lor – conduita clasei de mijloc. Philippe Pinel a fost printre primii reformatori ai tratamentului pentru bolnavii mintal,[558] publicându-şi *Tratatul* în 1806. El a introdus noţiunea de „tratament moral al nebuniei“, care, dat fiind că „anatomia şi patologia creierului continuă să comporte o extremă obscuritate“, i se părea singura cale de urmat. Pinel şi-a utilat spitalul în aşa fel, încât să corespundă unor standarde înalte. L-a îndemnat pe şeful personalului de serviciu să „le arate tuturor celor aflaţi sub autoritatea sa o atenţie de părinte blând şi iubitor. N-a pierdut niciodată

din vedere principiile unei filantropii cât mai autentice. Era foarte atent la regimul alimentar din azil şi nu le dădea nici celor mai pretenţioşi prilej să se plângă ori să fie nemulţumiţi. Impunea o disciplină strictă în privinţa comportamentului personalului de serviciu şi pedepsea cu asprime orice caz de tratament necorespunzător şi orice act de violenţă de care se făceau vinovaţi faţă de cei pe care aveau datoria să-i slujească“[559].

Principala realizare a veacului al XIX-lea a fost înfiinţarea sistemului de aziluri pentru îngrijirea în regim de internat a celor bolnavi mintal. Samuel Tuke, care a condus o astfel de instituţie, spunea: „În privinţa melancolicilor, discuţia pe tema lipsei lor de speranţă e socotită total lipsită de discernământ. Se urmăreşte punerea în practică a metodei exact opuse. Se foloseşte orice mijloc – gimnastică, plimbări, conversaţii, lectură şi alte distracţii nevinovate – pentru a le deturna mintea de la nefastele reverii în care le place să se afunde.“[560] Efectul acestui fel de program (spre deosebire de pedepsirea prin punerea în lanţuri şi de tehnicile ciudate de „îmblânzire“ ce fuseseră utilizate în secolul anterior) a fost, după părerea conducătorului altui azil, că „melancolia, neagravată de lipsa tuturor încurajărilor obişnuite, îşi pierde caracterul exagerat prin prisma căruia a fost privită mai înainte“.[561]

Azilurile au răsărit asemenea ciupercilor după ploaie. În 1807, 2,26 persoane la fiecare zece mii din populaţia Angliei erau declarate alienate mintal (categorie în care intrau şi cei cu depresie majoră); în 1844, cifra era de 12,66, iar în 1860 de 29,63. Faptul că la sfârşitul epocii victoriene erau de treisprezece ori mai mulţi nesănătoşi la minte decât la începutul veacului poate fi explicat doar în mică parte prin creşterea reală a procentului de boli mintale; de fapt, în cei şaisprezece ani care au trecut între promulgarea în Parlament (în 1845 şi 1862) a celor două Legi ale alienaţilor, numărul bolnavilor mintal săraci s-a dublat. Asta e parţial urmarea faptului că oamenii erau mai dispuşi să-şi declare rudele nebune, parţial urmarea standardelor mai riguroase ale sănătăţii mintale şi parţial urmarea distrugerilor pricinuite de industrializarea victoriană. Acelaşi depresiv, nu suficient de bolnav pentru Bedlam, care altădată ar fi bântuit tăcut prin bucătărie, era acum luat din veselul cerc familial al dickensienei Britanii şi dus la izolare, unde să nu poată tulbura interacţiunea socială. Azilul îi oferea o colectivitate unde să acţioneze, dar, în acelaşi timp, îi interzicea compania celor care aveau vreun motiv firesc să ţină la el. Dezvoltarea sistemului de ocrotire în aziluri a fost strâns legată de creşterea ratei „vindecărilor“; dacă boala unora chiar putea fi ameliorată prin timpul petrecut în azil, atunci aproape că era o datorie să duci

pe cineva – care putea fi la un pas de a-şi petrece viaţa în suferinţă – într-un loc în care putea fi salvat.[562]

Principiul azilului avea să treacă printr-o lungă serie de modificări. În 1807, era deja un subiect de dezbatere în comisiile alese din Parlament. Prima Lege a alienaţilor dată de Parlament cerea ca fiecare comitat să aibă un azil pentru nebunii săraci, inclusiv pentru persoanele cu depresie majoră; iar Amendamentul din 1862 la Legea alienaţilor a deschis posibilitatea internării voluntare, astfel încât cei care aveau simptomele să poată, cu aprobarea autorităţilor medicale, să se interneze singuri în aziluri. Această prevedere demonstrează destul de limpede cât de departe ajunsese azilul; ar fi trebuit să fii mult mai mult decât nebun ca să te internezi singur într-unul dintre spitalele de nebuni din secolul al XVIII-lea. În acea vreme, azilurile districtuale funcţionau pe bază de fonduri publice; azilurile particulare funcţionau pentru profit; iar spitalele declarate (ca Bedlam, care, în 1850, găzduia circa patru sute de pacienţi),[563] pentru cei cu boli mai grave, funcţionau pe baza unei combinaţii de fonduri publice şi de contribuţii private.

Veacul al XIX-lea a fost o perioadă a clasificărilor. Toată lumea dezbătea natura bolii şi parametrii ei, şi toată lumea redefinea în categorii şi subcategorii ceea ce înainte fusese identificat, simplu, ca melancolie. Marii teoreticieni ai clasificării şi tratamentului se succedau rapid, fiecare convins că o măruntă ajustare a teoriei predecesorului său ar însemna un salt înainte în îmbunătăţirea tratamentului. Thomas Beddoes se întreba, încă din primul an al secolului, „dacă n-ar fi oare necesar ori să se limiteze nebunia la o singură categorie, ori să fie împărţită în aproape la fel de multe categorii câte cazuri sunt“.[564]

Benjamin Rush, în America, credea că orice nebunie e o febră devenită cronică. Această stare era totuşi expusă unor influenţe exterioare. „Anumite ocupaţii predispun la nebunie mai mult ca altele. Poeţii, pictorii, sculptorii şi muzicienii sunt cei mai expuşi la ea. Lucrările acestora se folosesc de imaginaţie şi de pasiune.“ Printre pacienţii lui Rush, erau mulţi cu depresie delirantă. Era, de pildă, un căpitan de vapor care credea că are în ficat un lup. Altul se credea plantă. Omul-plantă era convins că trebuie să fie udat, iar unul dintre prietenii săi, amator de farse, s-a apucat să urineze pe capul lui, înfuriindu-l pe pacient atât de tare, încât s-a vindecat. Chiar dacă Rush, spre deosebire de alţii, nu s-a ridicat la nivelul de simpatie al lui Pinel pentru pacienţi, totuşi, spre deosebire de predecesori, considera că e bine să-i

asculte. „Oricât de greşită ar fi părerea unui pacient despre propriul caz, boala lui e reală. Prin urmare, e nevoie ca medicul să asculte cu atenţie amănuntele plicticoase şi lipsite de interes ale simptomelor şi cauzelor.“[565]

W. Griesinger, care profesa în Germania, a revenit la Hippocrates şi a declarat categoric că „bolile mintale sunt boli ale creierului“. Cu toate că n-a putut să identifice originea acestor boli ale creierului, el a susţinut ferm că aceasta există; şi că hiba din creier trebuie localizată şi apoi tratată, fie preventiv, fie curativ. El admitea trecerea unei boli mintale în alta, ceea ce am putea numi diagnostic dublu, ca parte a *Einheitspsychose* – principiul că toate bolile mintale reprezintă o singură boală şi că, odată ce creierul ţi-a luat-o razna, în el se poate petrece orice. Acest principiu a dus la acceptarea psihozei maniaco-depresive, la înţelegerea faptului că pacienţii care trec de la o stare extremă la alta ar putea să aibă mai degrabă o singură boală, decât două care alternează în mod nefast. Pe baza acestei activităţi, autopsiile cerebrale au devenit uzuale, mai ales în cazurile de suicid.

Griesinger a fost primul care a prezentat ideea că unele afecţiuni mintale sunt doar tratabile, în vreme ce alte boli mintale sunt vindecabile, astfel că, pe baza activităţii sale, cele mai multe dintre aziluri au început să-şi separe pacienţii, despărţindu-i pe cei care aveau şansă de vindecare şi de revenire la o viaţă funcţională de cazurile cu mai puţine speranţe. Cu toate că viaţa celor cu adevărat alienaţi mintal rămânea îngrozitoare, viaţa celorlalţi pacienţi a început să semene mult cu normalitatea. Faptul că persoanele depresive erau tratate din nou *ca oameni* le ferea să alunece în subordonare totală. Între timp, cercetările pe linia celor făcute de Griesinger au început să uzurpe religia; modificarea standardelor sociale, care a început la sfârşitul Epocii victoriene, poate fi legată în unele feluri de apariţia modelului medical al creierului.[566]

Sub influenţa lui Griesinger, depresia a ajuns să fie medicalizată pe deplin. În cea mai importantă lucrare din secolul al XX-lea despre istoria bolii mintale, Michel Foucault a sugerat că aceasta era o parte a unui mare plan de control social legat de colonialism şi de apărare a dominaţiei celor bogaţi asupra unei clase defavorizate asuprite. Prin clasarea drept „bolnavi“ a celor cărora viaţa li se părea prea grea şi prin îndepărtarea lor din societate, clasa conducătoare putea să impună niveluri de constrângeri şi obstrucţii sociale reale, care erau, de fapt, inumane, şi împotriva cărora o clasă de oameni sărmani mai puţin ţinută în frâu s-ar fi putut revolta. Pentru ca proletariatul revoluţiei industriale să fie oprimat în mod efectiv, aceia dintre ei care erau cu-adevărat la limita suicidului trebuiau îndepărtaţi, de teamă să nu slujească

de avertisment celor din jurul lor şi să instige la revoluţie.

Foucault oferă o lectură plăcută, dar influenţa pe care a avut-o e mult mai nebunească decât nebunia oamenilor despre care scrie.[567] Oamenii depresivi nu pot conduce o revoluţie, deoarece oamenii depresivi de-abia izbutesc să se dea jos din pat şi să-şi pună şosetele şi pantofii. Când eram în depresie, n-aş fi fost în stare să mă alătur unei mişcări revoluţionare mai mult decât aş fi putut să mă încoronez rege al Spaniei. Cei cu adevărat depresivi nu erau făcuţi invizibili de către aziluri; ei fuseseră *totdeauna* în mare măsură invizibili din cauză că însăşi boala lor îi face să renunţe la contactele şi îndatoririle umane. Reacţia generală a altor membri ai proletariatului (ori, de fapt, ai oricărei alte clase) faţă de persoanele cu depresie majoră este de respingere şi incomoditate. Celor care nu sunt ei înşişi afectaţi de boală nu le place s-o vadă, deoarece tabloul care li se înfăţişează înaintea ochilor îi umple de nesiguranţă şi le stârneşte nelinişte. A spune că persoanele grav bolnave erau „înlăturate“ din contextul lor natural înseamnă să negi realitatea, care este că tocmai contextul natural e cel care-i respingea, aşa cum a făcut-o mereu, în măsura în care a putut s-o facă. Nici un parlamentar conservator nu umbla pe străzile oraşelor în căutare de pacienţi pentru aziluri; azilurile erau ticsite de oameni care fuseseră aduşi acolo de propria familie. Încercarea de a-i defini pe conspiratorii sociali continuă ca un roman fără sfârşit al Agathei Christie – în care fiecare a murit, de fapt, din cauze naturale.

Aglomerarea din aziluri era, parţial, consecinţa înstrăinării generale de la sfârşitul epocii victoriene, care a fost exprimată limpede, într-o formă sau alta, de toată lumea, de la stâlpii ordinii sociale (Lord Alfred Tennyson ori Thomas Carlyle, bunăoară) până la reformatorii înfocaţi (Charles Dickens[568] sau Victor Hugo[569]) şi la grupurile marginale decadente ale societăţii (Oscar Wilde[570] ori Joris-Karl Huysmans[571]). *Sartor Resartus* a lui Carlyle oferă o cronică a înstrăinării într-o lume suprapopulată, un fel de depresie universală, prevestindu-i pe Brecht şi Camus. „Universul era, pentru mine, cu totul, vocea vieţii, a scopului, a voinţei, chiar a ostilităţii: era un imens, incomensurabil motor cu aburi mort, care se-nvârte, în moarta-i indiferenţă, măcinându-mi mădular după mădular.“ Şi, mai târziu: „Am trăit într-o spaimă continuă, nedefinită, dureroasă; tremurând, defetist, temător faţă de ceva ce nu ştiam: părea că toate lucrurile din cerul de deasupra şi de pe pământul de dedesubt îmi pot face rău; ca şi cum cerul şi pământul nu erau decât fălcile fără margini ale unui monstru devorator, între care eu, înfiorat, aşteptam să fiu devorat.“[572]

Cum să înduri viaţa, ea însăşi atât de apăsătoare, în aceste vremuri triste? Filozoful american William James a abordat în modul cel mai direct aceste probleme şi a identificat corect că sursa evidentă a înstrăinării moderne timpurii este declinul credinţei absolute într-un Dumnezeu suprem binevoitor faţă de creaţia sa. Cu toate că James însuşi pleda cu înfocare pentru credinţă personală, era şi un interpret pătrunzător al evoluţiei necredinţei. „Noi, cei din veacul al XIX-lea“, scria el, „cu teoriile noastre evoluţioniste şi filozofiile noastre mecaniciste, cunoaştem deja natura prea obiectiv, prea bine ca să ne închinăm fără rezerve unui Dumnezeu a cărui esenţă să poată fi exprimată de ea în mod adecvat. Unei astfel de curtezane nu-i datorăm supunere.“ Adresându-se unui grup de studenţi de la Harvard, spunea: „Mulţi dintre voi sunteţi studenţi la filozofie şi aţi simţit deja voi înşivă scepticismul şi himerele pe care le vor naşte prea multă scotocire prin rădăcinile abstracte ale lucrurilor.“ Iar despre triumful ştiinţei scria: „De la ordinea fizică a naturii, luată pur şi simplu cum o cunoaşte ştiinţa, nu ne putem aştepta să dezvăluie vreo intenţie spirituală armonioasă. E doar *meteorologie*.“[573] Acesta e fondul melancoliei victoriene. În istoria omenirii, au alternat perioadele de credinţă mai intensă ori mai slabă, dar această abandonare a noţiunii de Dumnezeu şi de finalitate a deschis calea unor crize care au durat de atunci încoace, mult mai tulburătoare decât tristeţea celor care credeau că un Dumnezeu atotputernic a uitat de ei. Să crezi că eşti ţinta unei uri intense e dureros, dar să descoperi că eşti obiectul indiferenţei din partea unei mari nefiinţe înseamnă să fii singur într-un fel care a fost, într-un sens, de neconceput pentru imaginaţia epocilor anterioare. Matthew Arnold a dat glas acestei deznădejdi:

The world, which seems
To lie before us like a land of dreams,
So various, so beautiful, so new,
Hath really neither joy, nor love, nor light,
Nor certitude, nor peace, nor help for pain;
And we are here as on a darkling plain
Swept with confused alarms of struggle and flight,
Where ignorant armies clash by night.[574]

Aceasta e forma pe care o ia depresia modernă; criza pierderii lui Dumnezeu e cu mult mai frecventă decât criza de a fi blestemat de El.

Dacă William James a definit prăpastia filozofică dintre ceea ce se credea

că este adevărat şi ceea ce a dezvăluit filozofia, eminentul doctor Henry Maudsley a definit prăpastia medicală rezultantă. Maudsley a fost primul care a descris o melancolie care se recunoaşte pe sine, dar nu se poate soluţiona pe sine. „Nu e nefiresc să plângi“, a comentat Maudsley, „dar nu e firesc să izbucneşti în lacrimi pentru că o muscă ţi se aşază pe frunte, aşa cum l-am văzut făcând pe un melancolic. [E] ca şi cum ar fi fost lăsat un văl între el şi [obiecte]. Şi, cu adevărat, văl mai gros decât al interesului secat nici că ar putea fi pus între el şi ele. Starea sa este – pentru el însuşi – uimitoare şi de neînţeles. Făgăduinţele religiei şi consolările filozofiei – atât de însufleţitoare când n-ai nevoie de ele şi atât de neînstare să ajute când ai cea mai mare nevoie de ajutorul lor – nu-s, pentru el, decât vorbe fără înţeles. Nu există o reală disfuncţie a minţii; există doar o suferinţă profundă a minţii, care-i paralizează funcţiile. Cu toate acestea, el are parte de mai multă durere decât adevărata nebunie, deoarece – mintea fiindu-i destul de întreagă ca să-şi perceapă starea vrednică de plâns – există o probabilitate mai mare ca el să se sinucidă.“[575]

George H. Savage, care a scris despre alienaţia mintală şi nevroză, a vorbit despre nevoia de a umple, în sfârşit, definitiv lacuna dintre filozofie şi medicină. „Ar putea fi comod“, scria el, „dar nu e filozofic să tratezi trupul separat de minte, şi simptomele fizice separat de cele mintale. Melancolia este o stare de depresie psihică, în care suferinţa este iraţională fie în raport cu cauza sa aparentă, fie sub forma specifică pe care o presupune, durerea mintală depinzând de modificări fizice şi trupeşti, şi nu direct de mediul ambiant. O soluţie saturată a durerii“, scria el, „face nălucirea să se cristalizeze şi să ia o formă definită.“[576]

*

În secolul al XX-lea, au apărut două mişcări majore în privinţa tratării şi cunoaşterii depresiei. Una a fost psihanaliza, care a dat naştere, în vremea din urmă, la tot soiul de teorii sociologice ale minţii. Cealaltă, psihobiologia, a constituit temeiul unor clasificări mai exacte pe categorii. Fiecare a părut, din vreme-n vreme, că are într-un mod mai concludent dreptul la adevăr; fiecare a părut, când şi când, irefutabil ridicolă. Fiecare a preluat o anumită parte de subtilitate reală şi a extrapolat, din ea, absurdităţi; şi fiecare şi-a asumat o automistificare parareligioasă care, dacă ar fi apărut în antropologie, cardiologie sau paleontologie, ar fi fost alungată cu râsete în afara cetăţii. E neîndoielnic că realitatea integrează elemente din ambele şcoli de gândire, deşi e greu de crezut că punerea celor două laolaltă dă suma totală a

adevărului; dar tocmai lumina de natură concurenţială în care fiecare şcoală a văzut-o pe cealaltă a stat la baza afirmaţiilor excesive care sunt, în multe cazuri, mai puţin corecte decât însăşi *Anatomia* lui Robert Burton din secolul al XVII-lea.

Perioada modernă a gândirii despre depresie a început efectiv cu publicarea de către Freud, în 1895, a documentelor Fliess. Subconştientul, aşa cum a fost formulat de Freud, a înlocuit noţiunea de „suflet“ şi a stabilit o nouă poziţie şi cauză a melancoliei. În acelaşi timp, Emil Kraepelin şi-a publicat clasificările privitoare la bolile mintale, în care era definită categoria depresiei aşa cum o cunoaştem acum. Aceşti doi bărbaţi, reprezentând explicaţia psihologică şi biochimică a bolii, au creat ruptura pe care încearcă în prezent s-o dreagă domeniul sănătăţii mintale. În vreme ce separaţia dintre aceste două versiuni ale depresiei a fost vătămătoare pentru gândirea modernă despre depresie, ideile independente ca atare au o semnificaţie considerabilă, şi fără dezvoltarea lor paralelă n-am fi putut să începem să căutăm o judecată sintetică.

Cadrul imaginativ al psihanalizei exista de mulţi ani, chiar dacă într-o formă distorsionată. Psihanaliza are multe în comun cu lăsarea de sânge, atât de populară cu câtva timp înainte. În fiecare caz, există presupunerea că ceva din interior împiedică funcţionarea normală a minţii. Lăsarea de sânge însemna îndepărtarea umorilor maligne, prin scoaterea lor fizică din trup; terapiile psihodinamice vor să elimine puterea traumelor uitate sau refulate, prin scoaterea lor din subconştient. Freud a afirmat că melancolia este o formă de suferinţă psihică profundă şi că apare din sentimentul pierderii libidoului, a dorinţei de hrană ori a dorinţei de sex. „În vreme ce indivizii potenţi cad uşor în nevroze anxioase“, scria Freud, „cei impotenţi înclină către melancolie.“ El numea depresia „efectul de sucţiune asupra excitaţiei învecinate“, care creează „o hemoragie internă“, „o leziune“.[577]

Prima descriere psihanalitică coerentă a melancoliei n-a fost dată de Freud, ci de Karl Abraham, al cărui eseu din 1911 despre acest subiect rămâne o autoritate în domeniu. Abraham începe prin a afirma categoric că anxietatea şi depresia sunt „legate una de alta în acelaşi fel în care sunt legate teama şi doliul. Ne temem de un rău viitor; ne întristează profund răul care s-a petrecut“. Anxietatea este, aşadar, suferinţa din cauza a ceea ce se va întâmpla, iar melancolia e suferinţa din cauza a ceea ce s-a întâmplat. Pentru Abraham, o stare o determină pe cealaltă; este cu neputinţă să localizezi suferinţa nevrotică exclusiv în trecut sau în viitor. Abraham spune că

anxietatea apare când doreşti ceva ce ştii că n-ar trebui să ai şi, prin urmare, nu încerci să obţii, în vreme ce depresia apare dacă doreşti un lucru şi încerci să-l obţii, dar nu izbuteşti. Depresia, spune Abraham, apare când ura contracarează capacitatea omului de a iubi. Oamenilor a căror iubire e respinsă li se pare, în mod paranoic, că lumea s-a întors împotriva lor, aşa că urăsc lumea. Nedorind să recunoască în sinea lor această ură, ei manifestă un „sadism refulat imperfect“.

După părerea lui Abraham, „acolo unde există mult sadism refulat va exista o gravitate corespunzătoare a efectului depresiv“. Pacientul, adesea fără să-şi dea seama, obţine o anumită plăcere din propria depresie, ca rezultat al atitudinilor sale sadice. Abraham a psihanalizat mai mulţi pacienţi depresivi şi a raportat la ei ameliorări substanţiale, cu toate că nu e clar dacă aceşti pacienţi au fost salvaţi prin adevărata înţelegere a situaţiei în care se află ori au fost ajutaţi de ideea cunoaşterii. Abraham a admis că tipul de traumă care duce la depresie poate să ducă şi la alte simptome, şi „nu avem nici cea mai mică idee de ce, în acest punct, un grup de indivizi porneşte pe o cale, iar celălalt grup porneşte pe alta“. Acesta, cu vorbele lui, este „*impasul* nihilismului terapeutic“.[578]

Şase ani mai târziu, în 1917, Freud a publicat scurtul său eseu esenţial *Doliu şi melancolie*, care a avut, probabil, un efect mai însemnat asupra cunoaşterii contemporane a depresiei decât orice alt text. Freud a pus sub semnul întrebării coerenţa a ceea ce numim melancolie; definiţia depresiei „fluctuează până şi în patologia descriptivă“. Şi, întreabă Freud, cum se face că multe dintre simptomele melancoliei, de care suntem atât de nerăbdători să scăpăm, apar şi în doliu? „Nu ni se întâmplă niciodată s-o privim ca pe o stare morbidă şi să-l ducem pe cel îndoliat la tratament medical […]. Considerăm nerecomandabilă sau chiar vătămătoare orice interferenţă […]. Doar pentru că ştim s-o explicăm atât de bine – nu ni se pare cu-adevărat patologică această atitudine.“[579] (Lucrurile nu mai stau neapărat aşa; *The New England Journal of Medicine* a publicat recent un articol care sugera că, „dat fiind că pierderea normală a cuiva drag poate duce la depresie majoră, dacă pacienţii îndoliaţi au simptome de depresie ce durează peste două luni, ar trebui să li se ofere terapie antidepresivă“.[580]) Totuşi, depresivii îşi periclitează respectul de sine. „În doliu“, scria Freud, „lumea devine săracă şi pustie; în melancolie, eul însuşi [e cel ce devine sărac şi pustiu]“. Persoana îndoliată este îndurerată de o moarte reală; melancolicul, de trăirea ambivalentă a iubirii imperfecte.

Nu există om care să renunţe de bunăvoie la obiectul dorinţei sale. Pierderea respectului de sine trebuie să rezulte dintr-o pierdere nedorită, care, presupune Freud, e de asemenea inconştientă – întrucât, de obicei, durerea pierderii conştiente o stinge timpul. Freud a sugerat că acuzaţiile pe care şi le adresează melancolicul sunt, în realitate, obiecţiile sale împotriva lumii, şi că eul a fost împărţit în două: în eul acuzator, care ameninţă, şi cel acuzat, care se face mic, ca să se ascundă. Freud a văzut acest conflict în simptomele melancolicului: eul acuzat vrea bunăoară să doarmă, însă eul care ameninţă îl pedepseşte cu insomnie. Aici, depresia e realmente un colaps al fiinţei umane coerente, al eului. Melancolicul, supărat din cauza naturii ambivalente a obiectului iubirii sale, se răzbună. Îşi dirijează supărarea spre sine, ca să nu pedepsească fiinţa iubită. „Acest sadism“, spune Freud, „– şi doar el – e cel care dezleagă ghicitoarea.“ Chiar şi tendinţa de suicid e un impuls sadic împotriva altcuiva, redirijat spre sine. Scindarea eului este o modalitate de asumare a fiinţei iubite. Dacă-ţi faci ţie însuţi reproşuri, obiectul simţirii tale e prezent totdeauna; dacă ai nevoie să faci reproşuri altcuiva, care poate să moară sau să plece, rămâi fără obiectul sentimentelor tale. „Prin refugierea în eu“, scria Freud, „iubirea scapă de anihilare.“ Narcisismul autoacuzator este rezultatul intolerabilei pierderi şi trădări, şi provoacă simptomele depresiei.

Abraham, răspunzând la *Doliu şi melancolie*, a propus ideea că depresia are două faze: pierderea obiectului iubirii şi resuscitarea obiectului iubirii prin asimilare conştientă. El descrie tulburarea drept rezultat al unui factor ereditar, o fixaţie a libidoului pe pieptul pierdut al mamei, o prejudiciere timpurie a iubirii de sine din cauza unei respingeri reale sau percepute din partea mamei şi un tipar repetitiv al acelei dezamăgiri primare. „O criză de depresie melancolică este provocată de o dezamăgire în dragoste“, scria el; iar melancolicul devine „avid“ de atenţie.[581]

E destul de uşor să aplici subtilităţile lui Freud şi Abraham, chiar dacă în termeni întru câtva simplificatori, la propria viaţă. În momentul primei mele căderi psihice, eram răvăşit de moartea mamei mele şi e cât se poate de sigur că, prin vise, reprezentări şi scrieri, o integram în mine. Durerea pierderii ei mă înverşunase. Regretam, de asemenea, toată durerea pe care i-am provocat-o vreodată şi aveam remuşcări pentru amestecul de sentimente complexe ce persistau în mine; încheierea deplină în această relaţie a fost împiedicată de moartea ei. Cred că sistemele interne de conflict şi autoreproşuri au jucat un rol important în căderea mea psihică – şi s-au centrat pe publicarea romanului meu. Am regretat sabotarea vieţii private pe care mi-o făurisem, din cauză că

mama aşeza reticenţa foarte sus printre priorităţi. Am hotărât să public totuşi cartea, şi asta mi-a dat oarecum sentimentul că m-am eliberat de demonii mei. M-a făcut însă, de asemenea, să mă simt ca şi cum aş fi sfidat-o pe mama, şi asta mi-a dat un sentiment de culpabilitate. Când a venit vremea să citesc cu voce tare din carte, să declar public ce am făcut, remuşcările au început să mă roadă lăuntric; şi, cu cât încercam mai mult să nu mă gândesc la mama în această situaţie, cu atât „obiectul iubirii asimilate“ al mamei mele se împotrivea mai tare. O cauză suplimentară a primei mele căderi psihice a fost dezamăgirea într-o relaţie romantică; a treia cădere psihică a fost declanşată de eşecul unei relaţii în care-mi investisem întreaga credinţă şi speranţă. De data aceasta, nu erau atâţia factori care să complice lucrurile. În vreme ce prietenii îmi spuneau că ar trebui să fiu furios, eu nu simţeam decât disperare şi lipsă de încredere. Mă acuzam la nesfârşit, ca modalitate de a-l acuza pe celălalt. Propria atenţie îmi era fixată pe persoana a cărei atenţie o doream cu adevărat, care era absentă, şi totuşi vie în mine. Anxietatea mea părea să urmeze prea strâns tiparele din copilărie şi istoria pierderii mamei mele. Pe-acolo nu era, vai, deloc deficit de sadism asumat!

Fiecare dintre marii exponenţi ai psihanalizei a adus acestor subiecte un plus de rafinament. Melanie Klein a propus ideea că fiecare prunc trebuie să treacă prin experienţa tristă a pierderii sânului care-l hrăneşte. Certitudinea sonoră a dorinţei de lapte a acelui prunc şi satisfacţia totală de a-i fi fost împlinită sunt edenice. Oricine a auzit vreodată un bebeluş răcnind după hrană ştie că lipsa acelui lapte în momentul în care este dorit poate avea drept consecinţă dezlănţuirea supărării sale. Privindu-mi nepotul, care s-a născut pe când scriam această carte, în prima lui lună de viaţă, am văzut (sau am proiectat) strădanii şi satisfacţii care semănau foarte mult cu stările mele de spirit şi am constatat la el apariţia unei aproximări a depresiei chiar şi în clipele de care ar avea nevoie mama lui ca să-l ducă la piept. Şi nici când mă apropii de terminarea cărţii nu pare bucuros să renunţe la sân, în perioada de înţărcare. „După părerea mea“, scria Melanie Klein, „poziţia depresivă infantilă este poziţia centrală în dezvoltarea copilului. Dezvoltarea normală a copilului şi capacitatea lui de iubire par să se bazeze, în mare măsură, pe felul în care eul se descurcă în această poziţie esenţială.“[582]

Analiştii francezi merg cu un pas mai departe. Pentru Jacques Hassoun, care a introdus noţiunea de depresie în deconstrucţia criptică a fiinţei umane făcută de Jacques Lacan, depresia este al treilea fenomen afectiv, la fel de puternic şi imperios ca iubirea sau ura care ar putea să-l declanşeze. Pentru

Hassoun, autonomie fără anxietate nu există. În depresie, spune Hassoun, nu suntem despărţiţi de celălalt în mod corespunzător şi ne percepem ca fiind în contact cu lumea. Este natura libidoului să-l dorească pe celălalt; şi, dat fiind că în depresie nu putem percepe un celălalt separat, nu avem bază pentru dorinţă. Suntem depresivi nu din cauză că suntem atât de îndepărtaţi de lucrul pe care-l dorim, ci din cauză că suntem contopiţi cu el[583].

Sigmund Freud este părintele psihanalizei; Emil Kraepelin este părintele psihobiologiei. Kraepelin a separat bolile mintale dobândite de cele ereditare. El credea că toate bolile mintale au o bază biochimică internă. A spus că unele boli sunt permanente, şi unele sunt degenerative. Kraepelin a făcut ordine în lumea haotică a bolilor mintale, susţinând că există boli separate, specifice, uşor de definit, şi că fiecare dintre ele are trăsături distinctive şi, lucrul cel mai important, un rezultat previzibil, care poate fi înţeles în relaţie cu timpul. Această afirmaţie fundamentală este, probabil, neadevărată, dar a fost extrem de utilă, pentru că le-a oferit psihiatrilor o bază de pe care să abordeze afecţiunile aşa cum se manifestau.

Depresia a clasat-o în trei categorii, presupunând un raport între ele. În cea mai uşoară, scria el, „apare treptat un soi de încetineală a minţii; gândirea devine anevoioasă; pacienţilor le este greu să ia o hotărâre şi să se exprime. Le e greu să urmărească ideile când citesc sau în conversaţiile obişnuite. Nu reuşesc să mai fie interesaţi de ceea ce se întâmplă în jurul lor. Se remarcă întârziere în procesul de asociere a ideilor; nu au nimic de spus; le lipsesc ideile, iar gândirea le e săracă. Par şterşi şi apatici, spun că se simt cu adevărat obosiţi, sleiţi. Pacienţii văd doar partea întunecată a vieţii“ şi aşa mai departe. Kraepelin a tras următoarea concluzie: „Această formă de depresie are un curs destul de uniform, cu puţine variaţii. Ameliorarea este treptată. Durata variază de la câteva luni la peste un an.“ Cea de-a doua formă include digestie deficitară, piele fără strălucire, amorţeala capului, tulburări de somn etc. „Desfăşurarea acestei forme prezintă variaţii, cu vindecări parţiale şi ameliorare treptată foarte lentă. Durata se întinde de la şase la optsprezece luni.“ Cea de-a treia formă include „delir şi halucinaţii incoerente şi onirice“. Adesea, e o stare permanentă.

În general, sugera Kraepelin, „prognoza nu este favorabilă, dacă avem în vedere că doar o treime dintre cazuri se vindecă, celelalte două treimi suferind degradare mintală“. El prescria o „cură de repaus“, „folosirea de opiu sau morfină în doze crescătoare“ şi diverse restricţii alimentare. A catalogat cauzele depresiei: „Ereditatea deficientă este cea mai importantă,

apărând în 70-80 la sută dintre cazuri“, scria, conchizând că, „dintre cauzele externe, în afară de sarcină, excesele alcoolice sunt, probabil, cele mai importante; altele sunt hemoragia cerebrală, deficienţa mintală şi bolile acute“. Nu prea rămâne mult loc aici pentru principii încâlcite ca eul divizat ori fixaţia orală pe sâni. Kraepelin a conferit diagnosticului claritate totală, pe care unul dintre contemporanii săi a numit-o „o necesitate logică şi estetică“. Oricât de reconfortantă ar fi fost această claritate, ea era adesea greşită, iar în 1920 însuşi Kraepelin a fost silit să admită că ipotezele sale trebuie tratate în termeni limitaţi.[584] Medicul canadian Sir William Osler rezuma un nou mod de gândire când scria: „Nu-mi spune ce tip de boală are pacientul; spune-mi ce tip de pacient are boala!“[585]

Adolf Meyer, un elveţian emigrat în SUA, în mare măsură influenţat de filozofi americani cum sunt William James şi John Dewey, a optat pentru o abordare pragmatică şi, nemulţumit atât de Kraepelin, cât şi de Freud, a reconciliat viziunile despre minte şi creier, care ajunseseră să fie opuse. Principiile sale, limpede expuse, erau atât de logice, încât aproape că păreau locuri comune. Despre Kraepelin, Meyer avea să spună, în ultimă instanţă, că „a încerca să explicăm o criză de isterie ori un sistem de halucinaţii prin ipotetice modificări celulare la care nu putem accede sau pe care nu le putem dovedi este, în stadiul actual al histofiziologiei, o acţiune nejustificată“. El a caracterizat falsa precizie a unei astfel de ştiinţe ca „tautologie neurologizantă“. Pe de altă parte, simţea că tendinţele cultice ale psihanalizei sunt exagerate şi stupide; „orice încercare de a inventa prea multe nume noi are parte de o răzbunare promptă“, spunea, adăugând: „Bunul-simţ nu-mi îngăduie să subscriu fără rezerve la întregi sisteme de teorii despre cum trebuie să fie omul şi cum trebuie să funcţioneze.“ Remarcând că „evitarea enigmelor inutile eliberează o masă de energie nouă“, el a pus, la sfârşit, întrebarea: „De ce ar trebui să insistăm atât de mult pe «boala fizică», dacă nu e decât expresia unor neajunsuri vagi, când dificultăţile funcţionale oferă un set de fapte clare şi controlabile cu care să lucrăm?“ Acesta e începutul psihiatriei ca terapie dinamică. Meyer credea că omul are capacităţi de adaptare infinite, întrupate în plasticitatea gândirii. Nu credea că experienţa fiecărui nou pacient va duce la definiţii absolute şi la subtilităţi importante; credea că tratamentul trebuie să se facă pe baza cunoaşterii acestui pacient *anume*, şi le-a spus discipolilor săi că fiecare pacient are „natura unui experiment“. Pacienţii puteau să aibă predispoziţii ereditare, dar faptul că un lucru era moştenit nu însemna că e cu neputinţă de schimbat. Meyer a devenit

şeful Departamentului de psihiatrie de la Johns Hopkins, cea mai mare facultate de medicină din America în acea vreme, şi a pregătit o întreagă generaţie de psihiatri americani; soţia sa, Mary Brooks Meyer,[586] a devenit prima asistentă socială specializată în psihiatrie.

Meyer a mers pe ideea lui Freud că experienţa din copilărie e destin, ca şi pe ideea lui Kraepelin că genetica e destin şi a formulat ideea controlului comportamental, care e în mod definit americană. Cea mai mare contribuţie a lui Meyer a fost credinţa că oamenii sunt capabili de schimbare – nu numai că se pot elibera de concepţii greşite şi pot fi salvaţi de predeterminarea biologică prin medicaţie, ci şi că pot învăţa să-şi trăiască viaţa într-un fel care să-i facă mai puţin înclinaţi spre boala mintală. A fost foarte interesat de mediul social. Această ţară nouă şi ciudată, America, unde oamenii ajungeau şi se redescopereau, i se părea stimulantă, şi a deschis pentru prima oară gustul pentru autotransformare, care era pe jumătate Statuia Libertăţii şi pe jumătate tehnologia de vârf. L-a numit pe chirurg „lucrător manual“, pe medicul generalist „utilizator de medicamente“, după care psihiatrului i-a zis „utilizator al biografiei“. Aproape de sfârşitul vieţii, a spus: „Scopul medicinei e, mai cu seamă, cel de a se face inutilă pe ea însăşi: de a influenţa viaţa în aşa fel încât ceea ce azi e medicină să devină mâine o simplă chestiune de bun-simţ.“[587] Asta a făcut Meyer. Citind numeroasele sale eseuri,[588] aflăm în ele o definire a experienţei umane sub semnul contribuţiei medicale la un ideal ai cărui exponenţi politici au fost Thomas Jefferson şi Abraham Lincoln, iar campioni ai artei Nathaniel Hawthorne şi Walt Whitman. Este un ideal de egalitate şi simplitate, din care cosmetizarea exterioară este eliminată, dezvăluind umanitatea esenţială a fiecărui individ.

Revelaţiile adevărului psihanalitic şi biochimic despre depresie, suprapuse teoriei evoluţiei, au lăsat omenirea din nou izolată şi înstrăinată. Activitatea lui Meyer cu pacienţii americani a fost foarte rodnică, însă Europa n-a fost dispusă să-i accepte ideile. Dimpotrivă, pe vechiul continent au proliferat, la jumătatea veacului al XX-lea, noile filozofii ale dezolării, în special gândirea existenţialistă a lui Camus, Sartre şi Beckett. În vreme ce Camus zugrăveşte un absurd ce nu oferă motive nici să-ţi continui viaţa, nici să ţi-o curmi, Sartre se afundă într-un univers al disperării şi mai mari. În prima sa carte despre apariţia disperării existenţiale, descrie multe dintre simptomele tipice ale depresiei moderne. „Ceva mi s-a întâmplat“, spune eroul din *Greaţa*. „A venit ca o boală, nu ca o certitudine oarecare, nici ca o evidenţă. S-a instalat perfid, încetul cu încetul; m-am simţit puţin ciudat, puţin nelalocul meu, asta

a fost tot. Odată ce m-a cuprins, nu s-a mai mişcat, a tăcut mâlc, drept care am crezut că n-aveam nimic, că fusese o alarmă falsă. Iată însă că acum creşte.“ Ceva mai încolo, continuă: „Acum însă aflasem: Lucrurile sunt în întregime ceea ce par – şi *dincolo de ele*… nu e nimic. […] Acum ştiu: exist – lumea există – şi eu ştiu că lumea există. Asta-i tot. Dar nu-mi pasă. E ciudat că nu-mi pasă de nimic: mă sperie.“ Şi, în cele din urmă: „O palidă amintire despre mine îmi pâlpâie în conştiinţă […] şi deodată Eul păleşte, păleşte, şi gata, se stinge“[589]. Acesta e sfârşitul înţelesului, al faptului că însemnăm orice altceva. Ce cale mai bună de a explica diminuarea eului personal decât să spui că „eu“ dispare? *Greaţa* oferă un tablou de-a dreptul senin în comparaţie cu textele de mare răsunet ale lui Samuel Beckett, în care nici munca, nici altceva nu poate oferi mântuire, fie ea şi temporară. Pentru Beckett, sentimentele sunt anatemizate. În unul dintre romane, scrie: „Dar ce contează că m-am născut sau nu, am trăit sau nu, am murit ori sunt numai pe moarte. O să fac mai departe ceea ce am făcut mereu, fără să ştiu ce anume fac, nici cine sunt, nici unde sunt, nici dacă sunt.“ În altul, descrie cum „Lacrimile îmi şiroiesc pe obraji din ochii care nu clipesc. Ce mă face să plâng aşa? Din când în când. Nu-i nimic întristător aici. Poate că e creier topit. Fericirea trecută s-a şters în orice caz din amintirea mea, în cazul în care o fi fost vreodată acolo. Dacă îndeplinesc alte funcţii naturale e fără să-mi dau seama“[590]. Cât pustiu mai poate duce cineva?

În deceniile de la jumătatea secolului al XX-lea, două întrebări au tulburat neuroştiinţa depresiei. Una era dacă stările de spirit circulă prin creier în formă de impulsuri electrice sau chimice. Presupunerea iniţială fusese că, dacă există reacţii chimice în creier, ele sunt subsidiare celor electrice, dar nu exista nici o dovadă a acestei ipoteze. Cea de-a doua era dacă există sau nu o diferenţă între depresia nevrotică endogenă, care vine dinăuntru, şi depresia reactivă exogenă, care vine din afară. Toate depresiile endogene par să aibă factori de precipitare externi; depresiile reactive urmează, de obicei, o viaţă întreagă, reacţiei stresate la împrejurări, care sugerează o predispoziţie internă. Diverse experimente au „arătat“ că un anumit tip de depresie reacţionează la un anumit tip de tratament, iar altul la alt tip de tratament. Ideea că orice depresie implică o interacţiune gene–mediu n-a apărut până în ultimul sfert al secolului.

Cu toate că aceasta se explică parţial prin natura divizată a gândirii despre această chestiune, ea se explică şi printr-o problemă mult mai veche. Pacienţilor care suferă de depresie nu le place ideea că au eşuat în faţa unor

greutăţi pe care altcineva le-ar fi putut îndura. Există un interes social să se afirme că depresia e cauzată de procese chimice interne, care sunt, cumva, imposibil de controlat de către cel afectat. Aşa cum aveau tendinţa cei care au trăit în perioada medievală să-şi ascundă problema îndărătul unui zid de ruşine, la fel au procedat şi cei din a doua jumătate a secolului al XX-lea – în afară de cazul în care puteau spune că au depresie endogenă, ceva ce venise peste ei fără vreun motiv exterior, care era pur şi simplu derularea unui plan genetic asupra căruia nici un sistem de idei n-ar fi putut avea vreun efect, cât de mic. Acesta e contextul în care antidepresivele sunt atât de populare. Datorită faptului că acţiunea lor este internă şi relativ de neînţeles, ele trebuie să-şi exercite influenţa asupra unui mecanism pe care nimeni nu l-ar putea controla vreodată cu mintea conştientă. Ele sunt bunuri la fel de opulente şi luxoase ca faptul de a avea maşină cu şofer; stai pur şi simplu, te relaxezi şi laşi pe altcineva sau altceva să înfrunte greutăţile indicatoarelor, poliţiştilor, vremii rele, legilor şi ale drumurilor ocolitoare.

Antidepresivele au fost descoperite la începutul anilor ’50.[591] Cea mai captivantă versiune a poveştii este că un grup de pacienţi aflaţi în carantină din cauza tuberculozei şi cărora li se administra iproniazid, un nou compus care se presupunea că face bine la plămâni, au devenit ciudat de fericiţi. În scurtă vreme, substanţa a fost folosită pentru pacienţi netuberculoşi (n-a fost de mare folos în TBC), şi aşa descoperirea ei a precedat descoperirea modului ei de acţiune. De fapt, problema dacă marile intuiţii le-au avut Nathan Kline (care, în SUA, a descoperit iproniazidul, un inhibitor de monoaminooxidază) sau Lurie şi Salzer (care, tot în SUA, au demonstrat rezultate preliminare bune cu isoniazidul, tot fără să-i cunoască mecanismul) sau Roland Kuhn (care, lucrând în Germania, a descoperit imipramina, un triciclic) a constituit subiectul unei ample dezbateri naţionaliste şi egotistice.[592] Dat fiind că iproniazidul cauza icter, producătorul l-a retras relativ curând după ce a intrat pe piaţă. Isoniazidul n-a fost niciodată distribuit pe scară largă. Pe de altă parte, imipramina este, în ziua de azi, antidepresivul oficial al Organizaţiei Mondiale a Sănătăţii şi, până la prozac, a fost cel mai important medicament antidepresiv din lume. Interesul lui Kuhn faţă de aceste medicamente se baza pe clasificare; credea că ele pot fi folosite în catalogarea care de la Kraepelin încoace i-a obsedat pe cercetătorii germani din domeniul psihiatriei. Pe de altă parte, Kline a pornit de la psihanaliză şi a descoperit medicamentul său pe când încerca să demonstreze o teorie despre localizarea energiei eului. Lurie şi Salzer erau pragmatici. Cu toate că medicamentul lui Kuhn a avut cel

mai mare succes, programul său a eşuat: nu exista vreo logică aparentă care să guverneze reactivitatea la medicamentul său, aşa încât nu definea categorii de depresie. În schimb, Kline, care voia să-i ajute pe pacienţi să facă faţă traumelor din trecutul lor, a fost surprins să constate că mulţi dintre ei încetau să se mai ocupe de acele traume. Lurie şi Salzer, care tocmai asta voiau: să-i facă pe oamenii depresivi mai puţin depresivi, au ajuns aproape de ţinta lor.

Descoperirea antidepresivelor a făcut senzaţie, dar, ca să se ajungă să se înţeleagă cum sau de ce acţionează ele, era cu totul altceva. Teoria neurotransmiţătorilor a apărut în 1905; acetilcolina a fost izolată în 1914; iar în 1921 a fost demonstrată funcţia acetilcolinei. În 1933, a fost izolată serotonina, iar în 1954 cercetătorii au propus ipoteza că serotonina din creier ar putea fi legată de funcţiile afective.[593] În 1955, într-un articol publicat în *Science*, s-a afirmat că, în unele cazuri, comportamentul este rezultatul nemijlocit al biologiei.[594] Medicamentele care aparent *scădeau* nivelul serotoninei[595] din creier făceau animalele să fie sedate sau să aibă spasme. Mai târziu, în acelaşi an, alt cercetător a descoperit că acelaşi medicament face să scadă şi nivelurile altui neurotransmiţător, norepinefrina. Încercările de a mări cantitatea de norepinefrină păreau să normalizeze comportamentul animalelor – dar aceasta nu avea vreun efect asupra norepinefrinei, care rămânea insuficientă. S-a dovedit că medicamentul stimulent acţionează asupra dopaminei, alt transmiţător. Norepinefrina, epinefrina, dopamina şi serotonina sunt, toate, „monoamine“ chimice (numite aşa, deoarece au în structura lor chimică un singur inel aminic), iar noile medicamente care începeau să fie folosite erau inhibitori de monoaminooxidază (IMAO), care cresc în mod eficient nivelurile monoaminelor din fluxul sangvin (oxidarea descompune monoaminele; IMAO împiedică oxidarea).[596]

Triciclicele, a căror eficienţă a fost demonstrată, ar fi trebuit să îndeplinească aceeaşi funcţie; testele au arătat însă că ele *scădeau* nivelul norepinefrinei din sânge. Alte experimente au arătat că norepinefrina, cu toate că nu curge liber prin sânge, este prezentă în corp, şi, în cele din urmă, Julius Axelrod, un om de ştiinţă din SUA care lucra la nou-înfiinţatul Institut Naţional pentru Sănătatea Mintală, a propus ideea de recaptare.[597] Norepinefrina este eliberată; face ceva anume în acea „ţară a nimănui“ denumită „fantă sinaptică“ (o parte din ea cade din fantă şi e metabolizată), şi apoi este recaptată în acelaşi nerv prin care a fost eliberată. Axelrod, care a câştigat Premiul Nobel în 1970, a spus mai târziu că, dacă ar fi ştiut mai multe, n-ar fi ajuns niciodată la o astfel de ipoteză trasă de păr. Şi totuşi, a

funcţionat. S-a demonstrat curând că triciclicele blochează mecanismul de recaptare, crescând cantitatea de norepinefrină din fanta sinaptică fără să crească nivelul ei în întregul corp şi în fluxul sangvin.

În următorii douăzeci de ani, oamenii de ştiinţă s-au contrazis pe tema care neurotransmiţători sunt cu adevărat importanţi. Ideea iniţială că serotonina contează cel mai mult a fost înlocuită de noi abordări, conform cărora starea de spirit este afectată intens de norepinefrină. Articolul lui Joseph Schildkraut din *American Journal of Psychiatry*, 1965, a reunit toate aceste informaţii şi a propus o teorie coerentă: că afectul e reglat de norepinefrină, epinefrină şi dopamină (un grup numit, colectiv, catecolamine); că inhibitorii de monoaminooxidază împiedică descompunerea acestor substanţe, crescând astfel cantitatea lor din creier şi, prin urmare, din fanta sinaptică; şi că triciclicele, prin inhibarea recaptării, sporesc, şi ele, cantitatea de catecolamine din fanta sinaptică.[598]

Publicarea acestei teorii a marcat despărţirea definitivă dintre psihanalişti şi neurobiologi. Cu toate că, în realitate, teoriile despre fanta sinaptică nu erau total incompatibile cu cele despre sublimarea eului, erau atât de diferite, încât multora dintre cei care erau apropiaţi de ele li se părea că nu pot fi adevărate ambele. Cunoştinţele recente pun sub semnul întrebării în mod foarte persuasiv cea mai mare parte dintre presupunerile noastre despre acţiunea antidepresivelor şi examinează golurile din argumentele influente ale lui Schildkraut.[599] Multe dintre argumentele noi sunt complicate şi tehnice, dar esenţa lor este că, deşi e adevărat că unii compuşi afectează nivelurile catecolaminelor şi sunt antidepresive eficiente, nu este clar în ce mod sunt legaţi între ei aceşti doi factori; iar studii mai cuprinzătoare arată că multe substanţe care afectează nivelurile catecolaminelor din creier *nu* au efecte antidepresive.

Teoria derivată direct din gândirea lui Schildkraut este cea a serotoninei, care este aproape la fel, dar cu alt neurotransmiţător. Teoriile recaptării, care se referă la cantitatea de transmiţător din fanta sinaptică, au generat teorii ale receptorilor, care se referă la destinaţia transmiţătorilor, nu la transmiţătorii înşişi. Aceste teorii spun că, dacă receptorii nu funcţionează corect, creierul poate să acţioneze ca şi cum duce lipsă de neurotransmiţători chiar şi când aceştia există în cantitate mare. De atunci, s-a dovedit că niveluri înalte ale neurotransmiţătorilor pot face receptorii să se desensibilizeze. Teoriile receptorilor, formulate iniţial de un grup de oameni de ştiinţă scoţieni în 1972,[600] au aproape la fel de multe goluri ca teoriile recaptării: unele

substanţe care se conectează la receptori nu au calităţi antidepresive, iar unele medicamente care sunt antidepresive foarte eficiente (de exemplu, mianserina şi iprindolul) nu se conectează la receptori şi nu afectează nivelurile transmiţătorilor. În plus, receptorii nu sunt entităţi stabile, porturi în care vapoarele se întorc mereu. Ei se schimbă continuu, iar numărul lor din creier poate fi modificat cu uşurinţă. La o jumătate de oră de la luarea unui medicament, se poate modifica nivelul neurotransmiţătorilor din fanta sinaptică, precum şi numărul şi amplasamentul receptorilor.

O teorie publicată în 1976 afirmă că întârzierea reacţiei la primele antidepresive care au apărut era cauzată de un grup de receptori, receptorii beta-adrenergici, care erau desensibilizaţi de majoritatea antidepresivelor după câteva săptămâni. Aceasta e altă teorie care n-a fost nici aprobată, nici dezaprobată; de fapt, a fost, în mare măsură, ignorată de la apariţia inhibitorilor selectivi de recaptare a serotoninei şi încercarea de a redefini depresia ca problemă din sistemul serotoninic. Încă din 1969, Arvid Carlsson a propus ideea că eficienţa antidepresivelor existente s-ar putea datora efectelor lor periferice asupra serotoninei, şi nu efectelor lor principale asupra norepinefrinei, epinefrinei şi dopaminei. El şi-a prezentat teoria celor de la Geigy, unul dintre cei mai mari producători de antidepresive, dar ei au spus că nu li se pare interesantă ideea unui antidepresiv care are ca ţintă sistemul serotoninic. Între timp, în Suedia, câţiva oameni de ştiinţă au început să experimenteze modificarea structurii antidepresivelor existente, şi au creat, în 1971, primul medicament serotoninic. După nouă ani de testare, a fost pus pe piaţă, în Europa, în 1980. Din păcate, asemenea mai multor medicamente promiţătoare dinaintea lui, avea efecte secundare grave şi, în ciuda succesului clinic, în scurt timp a fost retras de pe piaţă. Carlsson lucra cu cercetători danezi, împreună cu care a lansat, în 1986, citalopramul (celexa), primul medicament serotoninic utilizabil, care rămâne cel mai popular în Europa. În vreme ce au apărut şi au dispărut mai multe teorii despre modul de acţiune al acestor medicamente, omul de ştiinţă american David Wong, de la Eli Lilly, a creat în 1972 alt medicament serotoninic, numit fluoxetină.[601] Cei de la Lilly voiau să folosească acest medicament ca antihipertensiv, dar nu era prea eficient, şi, la începutul anilor ’80, au început să-i examineze posibilităţile ca antidepresiv. În 1987, a fost lansat sub numele prozac. Au urmat rapid alţi inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei. Fluvoxaminul (luvox/faverin) era deja pe piaţa europeană şi curând a devenit disponibil în SUA. Într-un interval de zece ani, au fost lansate sertralina (zoloft/lustral), paroxetina

(paxil/seroxat) şi venlafaxina (effexor/efexor). Toţi aceşti compuşi care blochează recaptarea serotoninei sunt diferiţi din punct de vedere structural şi sunt multifuncţionali.[602]

Ultimele cunoştinţe despre depresie sunt ecoul sugestiei lui Hippocrates că depresia e o boală a creierului ce poate fi tratată cu remedii orale; oamenii de ştiinţă din secolul al XXI-lea d.Hr. se pricep mai bine la formularea remediilor decât cei din secolul al V-lea î.Hr., dar, în esenţă, percepţiile fundamentale au închis cercul. Între timp, teoriile sociale se conformează unui mod de gândire aristotelic, deşi dezvoltarea unor tipuri specifice de psihoterapie este mai rafinată decât antecedentele ei depărtate. Lucrul cel mai deranjant este că aceste două feluri de înţelegere a naturii lucrurilor continuă să fie disputate, de parcă adevărul s-ar putea afla în alt loc decât între ele.

Note

449. Deşi n-am reuşit să găsesc încă o sursă care să se adâncească în istoria depresiei într-un mod cu totul convingător, mărturisesc că sunt enorm îndatorat lucrării Melancholia and Depression a lui Stanley Jackson.

450. Etimologia cuvântului „depresie“ este din The Oxford English Dictionary, vol. 3, p. 220.

451. S. Beckett, Waiting for Godot, în The Complete Dramatic Works of Samuel Beckett, p. 31.

452. O descriere generală a teoriei umorilor aşa cum exista la greci, inclusiv concepţia lui Empedocles despre melancolie, găsiţi în Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 7–12.

453 * Filosofia greacă până la Platon, vol. 2, partea 1, „Medicina hipocratică“, „B. Texte hipocratice“, fr. 71 (De morbo sacro 14), trad. rom. de Constantin Săndulescu, Editura Ştiinţifică şi Enciclopedică, Bucureşti, 1984, p. 641 (n.ed.).

454.* cf. Hippocrates, 486, 48 şi Platon, Timaios, 83 c (n.ed.).

455. Citatele din Corpus Hippocraticum – la care m-am referit, pentru simplificare, ca Hippocrates – se găsesc în Hippocrates, W.H.S. Jones şi E.T. Withington (trad. şi ed.), cartea 2, p. 175. Informaţia despre vindecarea regelui Perdicas II este din meticuloasa lucrare a lui Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry, p. 164.

456. Sugestia că cholé a fost folosit în asociere cu chólos provine de la Bennett Simon, Mind and Madness in Ancient Greece, p. 235 (N. B.: de fapt, atât col», cât şi cÒloj au ca prim sens „bilă, fiere“, iar sensul figurat este „mânie, ură, resentiment“, cf. M.A. Bailly, Dictionnaire grec–français, Librairie Hachette, Paris, [1894], s.v. – n.ed.).

457. Despre stările de spirit întunecate la Homer: ibid. (cf. Homer, Iliada, 16, 350 şi Odysseia, 4, 180: qan£toio mšlan nšfoj [thanátoio mélan néphos], „norul cel negru al morţii“. În cântul 16, versul 340 din traducerea românească a Iliadei [Editura pentru Literatură Universală, Bucureşti, 1955, p. 306] realizată de George Murnu, această sintagmă apare, cu referire la Erimant: „[iar peste el se lăţi] întunericul morţii“ – n.ed.).

458. Homer, The Iliad, cartea 6, versurile 236–240, p. 202 (cf. trad. rom. cit. [cântul 6, versurile 200–202], p. 131 – n.ed.).

459. Împotrivirea lui Socrate şi Platon la teoriile lui Hippocrates, precum şi modelul lui Platon despre eul omenesc sunt descrise în Bennett Simon, Mind and Madness in Ancient Greece, pp. 224–227. O comparaţie valoroasă între ideile lui Platon şi cele ale lui Freud apare în Iago Galdston, Historic Deviations of Modern Psychiatry, pp. 14–16. Ideile lui Platon despre importanţa copilăriei şi familiei în dezvoltarea copilului sunt discutate în Bennett Simon, Mind and Madness in Ancient Greece, pp. 171–172.

460. Coiful de plumb prescris de Philotimos e descris în Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry, p. 101.

461. Exemplul de leac din conopidă al lui Chrysippos din Cnidos, amestecul cu busuioc al lui Philistion şi Plistonicos şi ideea lui Philagrios că pierderea de prea multă spermă duce la simptome ale depresiei: ibid., pp. 102–103.

462. Teoria lui Aristotel despre relaţia minte–trup, credinţa sa că inima este sediul umorilor şi dispreţul faţă de creier: ibid., pp. 106–112.

463. Celebrele cuvinte ale lui Aristotel despre caracterul inspirat al melancolicului sunt în Problemata, 39, 953a. Citatul următor este din aceeaşi lucrare, 954a–b.

464. Versurile din Iliupersis sunt citate din Bennett Simon, Mind and Madness in Ancient Greece, p. 231.

465. Citatul din Seneca este din Rudolph şi Margot Wittkower, Born Under Saturn, p. 99.

466. Versul sumbru al lui Menandru este din Comicorum Atticorum fragmenta, fragmentul 18.

467. Mai multe despre filozofii sceptici, inclusiv informaţii deosebit de relevante despre Medios, Aristogenes şi Metrodoros, în Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry, pp. 133–135.

468. Mai multe informaţii despre Erasistratos din Chios: ibid., pp. 137–138.

469. Citatul din Herophilos din Calcedon, precum şi concepţiile lui Menodotos din Nicomedia: ibid., pp. 138–140.

470. Un capitol minunat din Rufus din Efes se găseşte în Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 35–39. De aici sunt citatele pe care le-am selectat, precum şi reţeta „leacului sacru“.

471. Informaţia despre folosirea tuburilor din care picură apa şi despre hamace: ibid., p. 35. Prescrierea de alimente de culori deschise şi lapte de mamă este preluată din disertaţia nepublicată a Barbarei Tolley, „The Languages of Melancholy in Le Philosophe Anglais“, p. 17.

472. Concepţiile lui Aretaios din Cappadocia sunt descrise în Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry, pp. 223–232.

473. Există multe materiale despre Galenus, atât în lucrările de istorie a medicinei generale, cât şi în relatări mai specifice despre începuturile psihiatriei. M-am bazat, mai ales, pe Stanley Jackson, Melancholia and Depression, şi Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry. Citatele sunt din al doilea autor, pp. 193–209.

474. Informaţia despre tratamentele aztece este din Tzvetan Todorov, The Conquest of America, p. 68. Îi mulţumesc Elenei Phipps pentru că m-a îndrumat către acest material.

475. Filozofii stoici şi rolul lor în cunoştinţele medicale sunt din Giuseppe Roccatagliata, A History of Ancient Psychiatry, pp. 133–143.

476. Găsiţi o discuţie despre Sfântul Augustin, inclusiv implicaţiile poziţiei sale, în Judith Neaman, Suggestion of the Devil, pp. 51–65.

477. Nabucodonosor e descris, în versiunea Regelui Iacob a Bibliei, în Daniel 4, 33.

478. Expresia the noonday demon apare în literatura pe această temă şi pare să fi avut câteva surse biblice primare. Pasajul respectiv apare, în versiunea Regelui Iacob a Bibliei (Ps. 91, 6), care rămâne apropiat de originalul ebraic, drept „nimicirea care iroseşte la miezul zilei“. În versiunea catolică Douay a Vechiului Testament (Ps. 90, 6), avem expresia the noonday devil, care este o variantă de traducere a sintagmei daemonio meridiano din Vulgata (atribuită Sfântului Ieronim şi folosită, de obicei, în Occidentul latin medieval). La rândul ei, expresia latină derivă din vechea Biblie grecească, sau Septuaginta (Ps. 90, 6), unde apare daimon…ou meshmbrinoà [daimoníou mesembrinoú]. Aceasta pare să fi constituit baza traducerii lui Casian (the midday demon, citat în Stanley Jackson, Melancholia and Depression, ca provenind din Casian, De institutis coenobiorum; Jackson foloseşte expresia noonday demon în discuţia despre Casian). Îi mulţumesc dr. Kevin White de la Catholic University of America pentru ajutorul dat în această chestiune.

479. cf. Sfântul Ioan Casian, Despre cele opt gânduri ale răutăţii, în Filocalia sfintelor nevoinţe ale desăvârşirii, traducere din greceşte, introduceri şi note de Pr. Prof. Dr. Dumitru Stăniloae, vol. I, pp. 114–116 (n.ed.).

480. Andrew Solomon îşi construieşte argumentaţia pro domo pe baza hendiadei ab incursu et daemonio meridiano „de atacul demonului amiezii“ din Psalmul 90, 5–6 (Vulgata), utilizând mai cu seamă conotaţiile metaforice ale sintagmei daemonium meridianum „demonul amiezii“ (cf. şi supra, nota 445). Traducerea în limba română a Ps. 90, 4–6 („Ca o armă te va înconjura adevărul Lui. / Nu te vei teme de frica de noapte, de săgeata ce zboară ziua, / De lucrul ce umblă în întuneric, de molima ce bântuie întru amiază“) este preluată, în prezenta traducere, alături de toate celelalte citate biblice următoare, din Biblia sau Sfînta Scriptură, Institutul Biblic şi de Misiune Ortodoxă al Bisericii Ortodoxe Române, Bucureşti, 1968 (n.ed. şi n.tr.).

481. Despre Evagrios şi folosirea termenului „diavolul de la miezul zilei“, Reinhard Kuhn scrie în The Demon of Noontide, p. 43, că: „Dintre cele opt vicii despre care vorbeşte Evagrios în Cele opt păcate de moarte, acedia este tratată cel mai mult şi mai amănunţit […]. Evagrios, asemenea multora dintre adepţii lui, numea acedia daemon qui etiam meridianus vocatur, adică demonul de la mijlocul zilei din Psalmi […]“. Kuhn l-a folosit şi pe demon of noontide, şi pe noontide demon, însă expresia poate fi tradusă şi ca noonday demon. Stanley Jackson scrie, la p. 66 din Melancholia and Depression, că acedia, aşa cum a descris-o Evagrios, era caracterizată de „epuizare, moleşeală, tristeţe sau descurajare, insomnie, aversiune faţă de chilie şi viaţa de schivnic şi dorul de familie şi de viaţa dinainte“.

482. Despre „nebunie“ şi Inchiziţie, v. Iago Galdston, Historic Deviations of Modern Psychiatry, pp. 19–22.

483. Pentru informaţii suplimentare despre Toma d’Aquino în legătură cu această problemă: ibid., pp. 31–34. S-a scris foarte mult – am putea spune chiar mai mult decât ar fi fost nevoie – despre Toma d’Aquino şi dualism.

484. Povestirea Popii a fost luată din Chaucer, Canterbury Tales Complete, pp. 588–592 (cf. trad. rom., prefaţă, note şi comentarii de Dan Duţescu, în Geoffrey Chaucer, Povestirile din Canterbury, Editura pentru Literatură Universală, Bucureşti, 1969; din Povestirea Popii, scrisă în proză, sunt traduse, în ediţia românească citată, doar două scurte fragmente ilustrative, altele decât textele de mai sus – n.ed.).

485. Despre deosebirea dintre acedia şi tristitia, v. Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 65–77.

486. Remarca expresivă a Hildegardei von Bingen: ibid., p. 326.

487. Despre pictorul Hugo van der Goes, v. Rudolph şi Margot Wittkower, Born Under Saturn, pp. 108–113.

488. Găsiţi o prezentare detaliată a lui Marsilio Ficino în Paul Kristeller, The Philosophy of Marsilio Ficino. Multe dintre citatele pe care le-am folosit sunt luate din acest text, pp. 208–214. Informaţii suplimentare şi citate sunt luate din Winfried Shleiner, Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaisance, pp. 24–26, precum şi din Klibanski et al., Saturn and Melancholy, p. 159; Barbara Tolley, „The Languages of Melancholy in Le Philosophe Anglais“, pp. 20–23; Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, pp. 60–61.

489. Despre Agrippa, v. Winfried Shleiner, Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, pp. 26–27.

490. Comentariile lui Vasari despre depresivitatea în rândurile artiştilor plastici sunt prezentate în mod arbitrar şi ezoteric în ambele volume ale lucrării sale Lives of Artists (Vieţile pictorilor, sculptorilor şi arhitecţilor). În volumul I, Vasari vorbeşte despre Paolo Uccello, despre care spune că a ajuns „singuratic, excentric, melancolic şi sărac“ din cauză că „şi-a sufocat mintea cu diferite probleme“, p. 95. Correggio, scrie el, „era foarte melancolic în practicarea artei sale, la care trudea necontenit“, p. 278. Găsiţi o excelentă sursă suplimentară despre tradiţia melancoliei şi geniului artistic, vizându-i în special pe cei mai importanţi, Albrecht Dürer şi Renaşterea germană, în lucrarea foarte inspirată a lui Raymond Klibanski, Erwin Panofski şi Fritz Saxl, Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy, Religion, and Art.

491. „Copularea ori amestecul îngerilor cei răi“ provine din Andreas Du Laurens, Discourse, citat în

Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, p. 49.

492. Bărbatul care a simţit „un spirit rău pătrunzându-i prin dos“ e descris în Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, p. 53.

493. Părerile lui George Gifford sunt în Winfried Shleiner, Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, p. 182.

494. Discuţiile despre Jan Wier, care apare şi cu numele Johann Wier: ibid., pp. 181–187, precum şi în Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, pp. 54–56.

495. Remarcile lui Freud despre Jan Wier sunt în Standard Edition, vol. 9, p. 245.

496. Părerile lui Reginald Scot despre vrăjitorie şi povestea privind porunca Regelui Iacob de ardere a cărţii lui sunt descrise amănunţit în Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, pp. 55–56, şi în Winfried Shleiner, Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, pp. 183–187.

497. Cazul francez de „bolboroseală pe sub coastele scurte“ e descris în Winfried Shleiner, Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance, p. 189.

498. Fragmentul din textul adoptat de Conciliul din 1583: ibid., p. 190.

499. Ideile lui Montaigne despre melancolie sunt un subiect minunat şi merită o discuţie separată. Pentru referinţele din acest text: ibid., pp. 179, 184. O discutare mai profundă se găseşte în M.A. Screech, Montaigne & Melancholy.

500. Andreas Du Laurens este cunoscut şi ca Laurentius. Pentru simplificare, am folosit numele nelatin. Discuţia şi citatele sunt din Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 86–91, şi T.H. Jobe, Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Century, în Clio Medica 11, nr. 4 (1976), pp. 217–221.

501. Medicul de la începutul secolului al XVII-lea la care mă refer aici este Richard Napier, iar remarcile lui se găsesc în Michael McDonald, Mystical Bedlam, pp. 159–160. John Archer a scris, în manuscrisul său din 1673, că melancolia este „cel mai mare duşman al firii“, aşa cum apare în Mystical Bedlam, p. 160.

502. Referinţele la Levinus Lemnius, Huarte, Luis Mercado şi Joannes Baptista Silvaticus se găsesc în Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, p. 62.

503. Bărbierul cel melancolic este din piesa Midas a lui Lyly. Replica lui este citată aşa cum apare în Michael McDonald, Mystical Bedlam, p. 151.

504. Medicul ai cărui pacienţi melancolici erau, în mare parte, nobili este Richard Napier. Statisticile sunt din ibid., p. 151. Descrierea propriilor practici pe care o face Napier e neobişnuit de amănunţită şi se numără printre cele mai bune materiale din acea perioadă. Pare să fi avut o mare sensibilitate la problemele legate de sănătatea mintală şi vorbeşte elocvent despre ele.

505. Faptul că persoanele care sufereau cu adevărat de melancolie aveau parte de simpatie şi respect reiese din scrierile lui Timothy Rogers. În Discourse, 1691, scrie amănunţit despre consideraţia şi înţelegerea care trebuie să li se arate celor depresivi. „Nu vă îndemnaţi Prietenii care au Boala Melancoliei la lucruri pe care nu le pot face“, scrie el. „Ei sunt precum oamenii ale căror oase sunt rupte şi care sunt cuprinşi de mare suferinţă şi chin şi, prin urmare, nu pot să acţioneze […], dacă se pot afla mijloace nevinovate de a-i distra, li s-ar face un mare bine.“ V. A Discourse Concerning Trouble of Mind and the Disease of Melancholy, din care unele secţiuni sunt preluate în Richard Hunter şi Ida Macalpine, 300 Years of Psychiatry, pp. 248–251.

506. Citatele din Il Penseroso sunt versurile 11–14 („[…] Zeiţă-nţeleaptă şi sfântă, salut ţie, / Salut, cea mai divină, tu, Melancolie, / Tu, ce cu sacru-ţi chip preatare străluceşti, / Spre-a te cuprinde simţul vederii omeneşti“), 168–169 („Află sihăstria atât de liniştită / Rasa aspră, zidul năpădit de muşchi“) şi 173–176 („Pân’ ce trecuta-ţi viaţă te-aduce lin / Aproape de ceva ce-i profeţiei chin. / Aste plăceri tu dă-mi, Melancolie, / Şi o s-aleg alături să-ţi fiu ţie“) din John Milton, Complete Poems and Major Prose, pp. 72 şi 76.

507. Anatomy of Melancholy a lui Robert Burton este o lectură excelentă şi conţine o mulţime de informaţii pe care nu le-am putut reproduce aici. Există o mulţime de comentarii despre Burton. Găsiţi un rezumat al vieţii şi operei sale în Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 95–99. Găsiţi

discuţii mai ample în Lawrence Babb, The Elizabethan Malady, Eleanor Vicari, The View from Minerva's Tower, Vieda Skultans, English Madness, precum şi Rudolph şi Margot Wittkower, Born Under Saturn. De asemenea, m-am bazat pe manuscrisul nepublicat al lui Paolo Bernardini, „Melancholia gravis: Robert Burton's Anatomy (1621) and the Links between Suicide and Melancholy". Citatele reproduse în text sunt din Robert Burton, Anatomy of Melancholy, pp. 129–139, 162–171, 384–385 şi 391. Citatele din discuţia lui Burton despre sinucidere sunt luate direct din manuscrisul lui Bernardini.

508. Povestea lui Caspar Barlaeus şi cea a bărbatului care trebuia să fie învelit în paie, a lui Ludovicus a Casanova despre bărbatul din unt, a lui Carol VI şi cea recentă din Olanda sunt din F.F. Block, Caspar Barlaeus, pp. 105–121.

509. Despre Descartes şi sănătatea mintală, v. eseul lui Theodore Brown Descartes, dualism, and psychosomatic medicine, în W.F. Bynum, Roy Porter şi Michael Shepherd, The Anatomy of Madness, vol. 1. pp. 40–62. Fragmente din Descartes, The Passions of the Soul (Les Passions de l'âme), apar în Richard Hunter şi Ida Macalpine, 300 Years of Psychiatry, pp. 133–134.

510. Pasajele din Willis se găsesc în lucrarea sa Two Discourses Concerning the Soul of Brutes, pp. 179, 188–201 şi 209. T.H. Jobe, Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Century, în Clio Medica 11, nr. 4 (1976), şi Allan Ingram, The Madhouse of Language, au fost, ambele, surse secundare utile.

511. Pasajele din Nicholas Robinson se găsesc în Allan Ingram, The Madhouse of Language, pp. 24–25.

512. Boerhaave a respins ferm teoria umorilor şi a dezvoltat ideea că trupul este o masă fibroasă, alimentată prin acţiunea hidraulică a sângelui. După părerea lui Boerhaave, principalele cauze ale melancoliei sunt „toate lucrurile care îngroaşă, rarefiază ori perturbă secreţiile de natură nervoasă ale creierului, cum ar fi: marile şi neaşteptatele accidente ce provoacă spaimă; efortul susţinut privind un obiectiv, oricare ar fi el; iubirea puternică, starea de veghe în singurătate, spaima şi afecţiunile isterice". Alte cauze de luat în considerare sunt „desfrâul sexual lipsit de cumpătare; băutura; bucăţile de carne uscate la fum, la aer ori în sare; fructele necoapte; substanţele făinoase nedospite". Cei ce lasă ca activitatea sau alimentaţia nechibzuită să le dezechilibreze sângele sunt susceptibili să producă substanţe acide, pe care Boerhaave le numea „caustice", şi atunci bila lor suferă o „degradare caustică", degajând un lichid de ardere scârbos, care circulă şi pricinuieşte tulburări prin tot corpul. În creier, un „acid coagulant" îngroşa sângele, care încetează să mai circule prin unele zone esenţiale.

513. Despre teoria lui Boerhaave, există numeroase surse secundare. Printre cele mai bune, se numără rezumatul făcut de Stanley Jackson în Melancholia and Depression, pp. 119–121, şi T.H. Jobe, Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Century, în Clio Medica 11, nr. 4 (1976), pp. 224–227. Unele citate sunt preluate din Boerhaave, Aphorisms, iar altele sunt selecţionate din articolul lui T. H. Jobe, pp. 226–227.

514. Boerhaave a avut mulţi adepţi şi discipoli. Este interesant de văzut cum l-a influenţat, de exemplu, pe Richard Mead. În opera sa de căpătâi, publicată în 1751, Mead a rămas la ideea proceselor mecanice, dar le-a trecut de la sistemul sangvin la „principiile spirituale animale" care se deplasează de-a lungul nervilor. „Nimic nu perturbă mintea mai mult ca iubirea şi religia", a observat el. Pentru Mead, ca şi pentru Boerhaave, creierul este, „evident, o glandă mare", iar nervii sunt „un canal secretor", iar ceea ce se deplasează de-a lungul nervilor este un „lichid subţire eteric de mare presiune şi elasticitate". Apar, şi aici, nuanţe de precizie: ceva vine din creier şi, într-un sens, se deplasează de-a lungul nervilor, iar aceştia sunt neurotransmiţătorii. Primele două citate din Richard Mead se găsesc în lucrarea sa Medical Precepts and Cautions, pp. 76 şi 78; ultimele trei citate se găsesc în operele sale complete, The Medical Works of Richard Mead, M.D., p. xxi.

515. Julien Offray de La Mettrie e descris amănunţit în Aram Vartanian, La Mettrie's L'Homme Machine. Citatul este luat din cartea lui Vartanian, p. 22.

516. Friedrich Hoffman a spus, în 1783, că sângele se îngroaşă din cauza „debilităţii creierului, mâhnirii, temerii sau iubirii îndelungate". În plus, a propus ideea că mania şi depresia, multă vreme

tratate ca probleme care nu sunt legate între ele, „par să fie faze diferite ale uneia; mania este, de fapt, o exacerbare a melancoliei, şi pacientul rămâne melancolic în intervalele mai calme“. El preia ideile lui Boerhaave când spune că melancolia este „o întârziere a circulaţiei“, iar mania „o accelerare a ei“. Pasajele din Friedrich Hoffman se găsesc în lucrarea sa A System of the Practice of Medicine, pp. 298–303.

517. Citatele din Spinoza sunt din The Ethics of Spinoza, pp. 139–140.

518. Găsiţi o discuţie serioasă despre Bedlam în Marlene Arieno, Victorian Lunatics, mai ales pp. 16–19. Despre Bicêtre şi foarte cunoscutul doctor Philippe Pinel, v. Dora Weiner, “Le Geste de Pinel”: The History of a Psychiatric Myth, care a apărut sub forma capitolului 12 din Marc Micale şi Roy Porter (coord.), Discovering the History of Psychiatry.

519. Lamentaţia lui Blake apare în Roy Porter, Mind-Forg’d Manacles, p. 73.

520. Există numeroase lucrări generale despre nebunie în secolul al XVIII-lea şi la începutul secolului al XIX-lea. Prezentarea mea a fost influenţată de unele dintre ele, printre care se numără Andrew Scull, Social Order/Mental Disorder, Michel Foucault, Madness and Civilization (Histoire de la folie à l’âge classique „Istoria nebuniei în epoca clasică“), şi Roy Porter, Mind-Forg’d Manacles.

521. Citatul din John Monroe apare în Andrew Scull, Social Order/Mental Disorder, p. 59.

522. Descrierea unora dintre aparatele de tortură cu aspectul cel mai alarmant de la începutul secolului al XVIII-lea: ibid., pp. 69–72.

523. Comentariile lui Boswell despre boala mintală, precum şi jurnalul şi corespondenţa se găsesc în Allan Ingram, The Madhouse of Language, pp. 146–149.

524. Black dog – metaforă pentru melancolie, depresie sau mahmureală (n.tr.).

525. Afirmaţia lui Samuel Johnson despre Burton apare în Roy Porter, Mind- Forg’d Manacles, pp. 75–77. Johnson despre „câinele negru“ este din Max Byrd, Visits to Bedlam, p. 127.

526. Pentru Cowper şi depresia lui, inclusiv pasajele citate, v. Allan Ingram, The Madhouse of Language, pp. 149–150. Versurile sunt din Lines Written During a Period of Insanity din The Poetical Works of William Cowper, p. 290.

527. Versurile lui Edward Young sunt din The Complaint, or Night-Thoughts, vol. I, p. 11.

528. Autodescrierea lui Tobias Smollett ca spital este din Roy Porter, Mind-Forg’d Manacles, notele de final, p. 345.

529. Citatul din Marchiza du Deffand este din Jerome Zerbe şi Cyril Connolly, Les Pavillons of the Eighteenth Century, p. 21.

530. Afirmaţia lui Johnson despre Scoţia apare în Max Byrd, Visits to Bedlam, p. 126.

531. Comentarea în chip răutăcios a climei britanice de către John Brown, precum şi remarcile lui Edmund Burke: ibid., p. 126. Am putea scrie volume întregi cu comentariile din secolul al XVIII-lea privind melancolia. Jonathan Swift, el însuşi un tip arţăgos, nu avea pic de îngăduinţă faţă de numeroasele poveşti de acest fel. Avea din plin mentalitatea „descurcă-te singur“: A fancy would sometimes take a Yahoo, to retire into a Corner, to lie down and howl, and groan, and spurn away all that came near him, although he were young and fat, and wanted neither Food nor Water, nor did the Servants imagine what could possibly ail him. And the only Remedy they found was to set him to hard Work, after which he would infallibly come to himself. „Din când în când, câte unui yahoo i se năzăreşte să se retragă într-un colţ, să se trântească jos, să înceapă să urle şi să geamă şi să alunge pe toţi cei ce se apropiau de el şi, cu toate că tânăr şi gras, să nu vrea nici să mănânce, nici să bea; iar servitorii nu pot să-şi închipuie ce l-a apucat. Singurul leac pe care l-au găsit este să-l pună la munci grele, după care îşi vine negreşit în fire“. Pasajul este din Gulliver’s Travels, p. 129 (cf. trad. rom. de Leon D. Leviţchi, în Swift, Călătoriile lui Gulliver, Editura pentru Literatură, Bucureşti, 1967, p. 317 – n.ed.).

532. Pasajul din Voltaire citat aici este din Candide, p. 140 (cf. trad. rom. de Al. Philippide, în Voltaire, Candid sau Optimismul, Editura Hyperion, Chişinău, 1993 – n.ed.).

533. Rx < ℞, abreviere a imperativului latinesc recipe „primeşte!“ (< recipio, -ere „a primi, a recepta“), pe care o utilizau, cu începere din Evul Mediu, la reţete, farmaciştii, care erau şi medici; cf. şi

lat. recepta, „lucruri primite“ > fr. recette > rom. reţetă (n.ed.).

534. Încântătoarea reţetă a lui Horace Walpole este din Roy Porter, Mind-Forg’d Manacles, p. 241. Chestiunea legăturii dintre geografie şi depresie a apărut în acea perioadă. William Rowley a scris că „Anglia, judecând după mărimea ei şi după numărul de locuitori, produce şi conţine mai mulţi nebuni decât orice altă ţară din Europa, iar sinuciderea este mai des întâlnită. Agitaţia patimilor, libertatea de gândire şi acţiunea mai puţin restricţionată decât la alte naţiuni împing o mare cantitate de sânge spre cap şi produc, în această ţară, mai multe feluri de nebunie decât s-au observat în alte ţări. Toleranţa civilă şi cea religioasă produc nebunie politică şi religioasă; acolo unde nu există o asemenea toleranţă, nu apare o astfel de nebunie“. Remarcile lui William Rowley sunt preluate din Max Byrd, Visits to Bedlam, p. 120.

535. Thomas Gray, Elegy Written in a Country Churchyard, versul 36 („drumurile măririi duc doar spre mormânt“), p. 38, şi Ode on a Distant Prospect of Eton College („Oameni sunt toţi, cu chinu-i fiecare, / Cu toţii osândiţi la fel să geamă, / Cel pe care chinul altuia îl doare / Cel ce suferinţa sa n-o bagă-n seamă. [...] / Destul; când fericirea-i să nu ştii, / Sminteală e ca înţelept să fii“), pp. 9–10, în The Complete Poems of Thomas Gray.

536. Remarcile lui Coleridge se găsesc în Earl Leslie Griggs (coord.), The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge, vol. I, scrisoarea 68, p. 123.

537. Aforismele lui Kant sunt din Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime, pp. 56 şi 63.

538. Despre sănătatea mintală în coloniile americane, v. Mary Ann Jimenez, Changing Faces of Madness.

539. Un exemplu de tendinţă din SUA spre explicaţiile religioase ale depresiei este William Thompson, un preot din Massachusetts, din veacul al XVII-lea, care a ajuns să fie atât de depresiv, încât a trebuit să renunţe la postul său şi a devenit „leitul chip al Morţii, / Un mormânt umblător, o criptă vie / În care a pătruns bezna melancoliei“. Diavolul este cel care „i-a pus mintea pe jar cu atacuri drăceşti şi groaznice săgeţi, zvârlite din iad“. Poemul despre William Thompson, scris de „rude şi prieteni“: ibid., 13.

540. Cotton Mather despre depresia soţiei sale: ibid., pp. 13–15.

541. Citatele din The Angel of Bethseda sunt la pp. 130–133.

542. Remarcile lui Henry Rose sunt din An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body, p. 12. Printre ceilalţi americani celebri care au publicat tratate pe tema depresiei, se numără Nicholas Robinson, William Cullen şi Edward Cutbush. Nicholas Robinson a fost citit mult în colonii, şi explicaţiile sale mecaniciste privind melancolia au dominat toată gândirea de acolo la jumătatea secolului al XVIII-lea. Găsiţi mai multe informaţii despre Nicholas Robinson în Mary Ann Jimenez, Changing Faces of Madness, pp. 18–20. William Cullen, care a publicat la Philadelphia în 1790, un umanist eliberat de unele dintre constrângerile religioase, a descoperit că o „textură mai uscată şi mai solidă a substanţei medulare din creier“ din cauza unei „anumite lipse de fluid din acea substanţă“ produce melancolia. Aceste cuvinte se găsesc în lucrarea lui Cullen The First Lines of the Practice of Physic, vol. III, p. 217. Edward Cutbush, din colonii, spune că melancolia este o „alienaţie mintală atonică“, în care „mintea e, în general, fixată pe un subiect; mulţi sunt gânditori, tăcuţi, mohorâţi şi încremeniţi ca statuile; alţii pleacă de la casele lor să pribegească, căutând locuri singuratice, neglijează curăţenia, trupul le e în general rece, cu schimbarea culorii şi uscăciunea pielii; toate secreţiile sunt mult reduse, pulsul e lent şi slab“. El socotea creierul în mişcare continuă (asemenea inimii sau plămânilor) şi s-a gândit că orice nebunie vine dintr-un „exces ori o imperfecţiune de mişcare în una ori mai multe părţi ale creierului“. S-a întrebat apoi dacă aceste imperfecţiuni de mişcare provin din sânge şi din fluidul nervos, cum spusese Boerhaave, din substanţe chimice, cum sugerase Willis, ori dintr-un „fluid electric ori electroid“, care ar putea să provoace „crize periodice de nebunie“, în cazul „acumulării acestei electricităţi în creier“. Cutbush a spus că supraexcitarea creierului îl poate distruge: „Prima impresie produce o tulburare atât de mare în creier, încât exclude, ori atrage într-un vârtej uriaş, orice altă mişcare, iar nebunia pune stăpânire, cu marele-i alai de

însoţitori, pe calea ce duce spre raţiunea suverană.“ Ideile lui Edward Cutbush apar în lucrarea sa An Inaugural Dissertation on Insanity, pp. 18, 24, 32–33.

543. Despre „anorexia nervosa evanghelică“, v. Julius Rubin, Religious Melancholy and Protestant Experience in America, pp. 82–124 şi 156–176. Expresia „perfecţionişti ai foamei“ este la p. 158.

544. Aceste cuvinte ale lui Kant despre sublim se află în The Philosophy of Kant, p. 4.

545. Goethe, Faust, partea I, scena 6 (p. 42).

546. Wordsworth, Resolution and Independence („Noi, Poeţii, în tinereţe o pornim cu fericirea; / Dară vin, până la urmă, descurajarea şi smintirea“), în The Prelude: Selected Poems and Sonnets, p. 138.

547. Cuvintele lui Keats despre moartea cea dătătoare de linişte se află în versul 52 din Ode to a Nightingale, în The Poems, p. 202 („Am îndrăgit uşorul morţii duh“ – Odă la o Privighetoare, v. 52, trad. rom. de Aurel Covaci, în John Keats, Versuri, Editura Tineretului, [1969], p. 29). Citatul din Ode on Melancholy sunt versurile 21–25, în aceeaşi culegere, p. 214 („O, cuib al Frumuseţii i-i junia, / Al Frumuseţii trebuind să moară; / A bun rămas, la buze, Bucuria / Îşi ţine mâna-n trupul de fecioară, / Alături cu Plăcerea care doare / Şi mierea dulce în venin o schimbă; / În templul Desfătării minunate / Altar regal Melancolia are“ – Odă la Melancolie, vv. 21–28, trad. rom. cit, în ed. cit., p. 41).

548. Mutability „Schimbare“, versurile 1–4 („Floarea ce azi ne-a zâmbit / Mâine-o să moară; / Tot ce-am dori neclintit / Repede zboară“) şi 19–21 („Cât Clipa încet se târăşte, / Visează în voie, trăieşte / Şi-apoi, ca să plângi, te trezeşte“), în The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley, p. 679 (cf. studiu introductiv şi trad. rom. de Petre Solomon, în Percy B. Shelley, Opere alese, Editura de Stat pentru Literatură şi Artă, Bucureşti, [1957], pp. 167 şi 168 – n.ed.).

549. Giacomo Leopardi, To Himself „Către sine“, în Poems, p. 115.

550. Ecleziast 12, 8.

551. Johann Wolfgang von Goethe, The Sorrows of Young Werther, pp. 95 şi 120 (cf. trad. rom. de Alexandru Philippide, Suferinţele tânărului Werther, RAO Clasic, Bucureşti, 1995, pp. 129, 165–166 – n.tr.).

552. The Flowers of Evil, pp. 92–93 (cf. Spleen, trad. rom. de Al. Philippide, în Charles Baudelaire, în Les Fleurs du mal/Florile răului, ediţie bilingvă alcătuită de Geo Dumitrescu, introducere şi cronologie de Vladimir Streinu, Editura pentru Literatură Universală, Bucureşti, 1968, p. 233 – n.tr.).

553. De Contemptu mundi, „Despre dispreţuirea lumii“, face trimitere deopotrivă la o temă majoră a meditaţiei intelectuale (de sorginte stoică şi neoplatonică) din Antichitatea clasică şi din Evul Mediu (misticismul creştin), care a dat naştere unor lucrări filozofice pe măsură (n.ed.).

554. Citatul din Hegel se află în Lectures on the Philosophy of History (Vorlesungen über die Philosophie der Geschichte), aşa cum apare în Wolf Lepenies, Melancholy and Society, p. 75.

555. Desigur, tot ce a scris Kierkegaard pare să fie, într-un fel sau altul, despre depresie, dar aceste pasaje provin dintr-un fragment citat în Georg Lukács, Soul and Form, p. 33, şi, respectiv, din Kierkegaard, The Sickness unto Death, p. 50.

556. Comentariile lui Schopenhauer despre melancolie se găsesc, cu precădere, în eseurile, nu în cărţile sale. Semnalez, în special, eseurile On the Sufferings of the World, On the Vanity of Existence şi On Suicide. Ambele citate de aici sunt din On the Sufferings of the World, din culegerea Complete Essays of Schopenhauer, pp. 3–4.

557. Comentariile lui Nietzsche despre sănătate şi boală sunt din The Will to Power, (Wille zur Macht), p. 29.

558. J.E.D. Esquirol s-a numărat printre cei care au rămas foarte apropiaţi lui Pinel. El a militat, la începutul secolului al XIX-lea, pentru aziluri cu condiţii umane, adăugând faptul că pacienţii trebuie trataţi într-un „climat uscat şi temperat, cu cer senin, temperatură plăcută, situare agreabilă, peisaje variate“, precum şi cu mişcare fizică, călătorii şi substanţe laxative. În privinţa cauzelor melancoliei, oferă o listă uluitoare, în care intră, printre altele, problemele dometice, masturbarea, narcisismul rănit, căderile în cap, predispoziţia ereditară şi libertinismul. În privinţa simptomelor, zice că „nu e o afecţiune care te agită, te face să te văicăreşti, să zbieri, să plângi; e una care te amuţeşte, care n-are

lacrimi, care e imobilă“. Citatele lui Esquirol provin din lucrarea sa Mental Maladies, p. 226, şi din disertaţia nepublicată a Barbarei Tolley, „The Languages of Melancholy in Le Philosophe Anglais“, p. 11. În vreme ce unii se concentrau pe caracterul uman al tratamentului, alţii se axau pe natura însăşi a bolii. James Cowley Prichard, ca un ecou al lui Nietzsche, a definit-o drept boală mult mai aproape de sănătatea mintală, stabilind ceea ce avea să devină concepţia modernă despre depresie. „Poate că-i imposibil“, scria el, „să determini linia care marchează trecerea de la predispoziţie la boală; există însă un grad al acestei afecţiuni care, cu siguranţă, constituie o boală a minţii, iar această boală există fără nici o nălucire imprimată înţelegerii raţionale. Facultatea raţiunii nu este perturbată în mod evident, însă o impresie constantă de mohorâre şi tristeţe întunecă toate perspectivele. Această tendinţă de tristeţe morbidă şi melancolie, întrucât nu distruge înţelegerea, e deseori supusă controlului când apare prima dată, şi probabil că primeşte un anumit caracter de la starea de spirit anterioară a individului respectiv.“ Pasajele de aici, citate din James Cowley Prichard, se găsesc în lucrarea sa Treatise, p. 18.

559. Pasajele din Philippe Pinel se găsesc în lucrarea sa A Treatise on Insanity, pp. 107, 132 şi, respectiv, 53–54.

560. Citatul din Samuel Tuke este luat din Andrew Scull, Social Order/Mental Disorder, p. 75.

561. Conducătorul altui azil, la care fac aluzie aici, este citat în ibid., p. 77.

562. Statisticile despre alienaţii mintal se găsesc în Marlene Arieno, Victorian Lunatics, p. 11. Istoria legilor despre alienaţi apare în aceeaşi carte, la pp. 15–17.

563. Numărul celor internaţi la Bedlam în 1850: ibid., p. 17.

564. Observaţia foarte pătrunzătoare a lui Thomas Beddoes apare în Stanley Jackson, Melancholia and Depression, p. 186.

565. Ideile şi cuvintele lui Benjamin Rush sunt din lucrarea sa Medical Inquiries and Observations, pp. 61–62, 78 şi 104–108.

566. Ideile lui Griesinger se găsesc în numeroase surse primare şi secundare. Lucrarea sa Mental Pathology and Therapeutics oferă o excelentă trecere în revistă a ideilor sale. Lucrarea lui Stanley Jackson Melancholia and Depression conţine un rezumat edificator al ideilor lui Griesinger.

567. Ideile lui Foucault sunt expuse în celebra sa Madness and Civilization, o carte a cărei falsitate elocventă a făcut mult rău cauzei celor bolnavi mintal la sfârşitul secolului al XX-lea.

568. Cea mai mare parte a operei lui Charles Dickens pledează pentru reformele sociale. Vedeţi, de exemplu, Nicholas Nickleby.

569. În privinţa părerilor lui Victor Hugo despre nedreptatea socială şi alienare, vedeţi Les Misérables.

570. Oscar Wilde dă glas spiritului de alienare al vremii sale în The Ballad of Reading Gaol din Complete Poetry, pp. 152–172.

571. Joris-Karl Huysmans pare să arate ceva din alienarea decadenţei în celebrul său À Rebours (tradus în engleză Against Nature).

572. Primul citat din Sartor Resartus este de la p. 164; al doilea este luat din eseul lui William James Is Life Worth Living?, din The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy, p. 42.

573. Concepţiile lui William James despre melancolie apar în toată opera sa. Pasajele citate aici sunt din eseul său Is Life Worth Living?, din The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy, pp. 43, 39 şi, respectiv, 49. A se vedea, desigur, şi The Varieties of Religious Experience.

574. Versurile lui Matthew Arnold („Lumea, care ai fi zis / Că dinainte ni s-aşterne ca tărâmul unui vis, / Şi-i atâta de bogată, de frumoasă şi de nouă, / De fapt, nici o bucurie, dragoste, lumină n-are, / N-are siguranţă, pace, la durere ajutor; / Stăm aici ca pe-o câmpie învelită-n negru nor / Măturată de a luptei şi retragerii clamoare, / Unde noaptea se-ncleştează oştile neştiutoare“) sunt din Dover Beach, în The Poems of Matthew Arnold, pp. 239–243.

575. Citatele din Maudsley fac parte din lucrarea sa The Pathology of the Mind, pp. 164–168. John Charles Bucknill şi Daniel H. Tuke au preluat tema lui Maudsley în SUA – „perturbarea intelectului nefiind“, au observat ei, „o parte esenţială a afecţiunii“. Ei spun, mai departe, că tratamentele externe ale melancoliei, multe dintre ele de când lumea, au un efect direct asupra creierului. „În privinţa tuturor

organelor trupului, în afară de creier, s-au făcut mari progrese în cunoaşterea legilor lor fiziologice. Dar lucrurile stau cu totul altfel în privinţa organului cel nobil care domneşte peste restul trupului. Principiul fiziologic pe care am construit un sistem al patologiei cerebrale este că sănătatea mintală depinde de un grad adecvat de nutriţie, stimulare şi repaus al creierului; cu alte cuvinte, condiţiile de epuizare şi reparare a substanţei sale nervoase sunt menţinute într-o stare sănătoasă şi regulată.“ Şi sugerează cu entuziasm că opiul poate fi eficient în relaxarea creierului. Pasajele din John Charles Bucknill şi Daniel H. Tuke se găsesc în lucrarea lor A Manual of Psychological Medicine, pp. 152 şi 341–342. Richard von Krafft-Ebing a identificat, şi el, această maladie uşoară. „Când sunt luate în considerare nenumăratele cazuri de mică importanţă care nu ajung la spitalul de nebuni, prognoza melancoliei este favorabilă. Numeroase cazuri de acest fel ajung la vindecare fără să apară iluzii sau erori ale simţurilor.“ Richard von Krafft-Ebing este citat din lucrarea sa Text-Book of Insanity, p. 309.

576. Observaţiile lui George H. Savage se găsesc în lucrarea sa Insanity and Allied Nevroses, pp. 130 şi 151–152.

577. Aceste remarci ale lui Freud sunt din Extracts from the Fliess Papers, din The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud, vol. I, pp. 204–206.

578. Eseul lui Karl Abraham din 1911 este intitulat Notes on the Psycho-analytical Investigation and Treatment of Manic-Depressive Insanity and Allied Conditions, din Selected Papers of Karl Abraham. Pasajele sunt din acest eseu, pp. 137, 146 şi, respectiv, 156.

579. Pasajele citate din Doliu şi melancolie sunt din A General Selection from the Works of Sigmund Freud, pp. 125–127, 133 şi 138–139.

580. Articolul la care se face aluzie este Managing Depression in Medical Outpatients, în New England Journal of Medicine 343, nr. 26 (2000).

581. În privinţa răspunsului lui Abraham la Doliu şi melancolie, vedeţi eseul ulterior, Development of the Libido, în Selected Papers of Karl Abraham, p. 456.

582. În privinţa acestui material al Melaniei Klein, a se vedea eseul ei The Psychogenesis of Manic-Depressive States, din The Selected Melanie Klein, p. 145. Printre ceilalţi psihanalişti care au scris despre acest subiect, se numără Sándor Radó, discipol al lui Freud, căruia i-a revizuit teoria. El a alcătuit profilul tipului de persoană expusă melancoliei, care este „cea mai fericită când trăieşte într-o atmosferă impregnată de libidou“, dar are, de asemenea, tendinţa de a fi nerezonabil de exigentă cu cei pe care-i iubeşte. Depresia, în concepţia lui Radó, este „un mare strigăt disperat care cere iubire“. Prin urmare, depresia evocă, din nou, acea cerere iniţială de sân matern, satisfacere pe care Radó a numit-o, încântător, „orgasm alimentar“. Persoana depresivă doreşte, încă din pruncie, iubire de orice fel – iubirea erotică, iubirea maternă sau iubirea de sine sunt, toate, satisfaceri de acceptat ale nevoii sale. „Procesul melancoliei“, scria Radó, „reprezintă încercarea de reparare (tratare) pe scară largă, efectuată cu o consecvenţă psihologică de fier.“ Citatele din Sándor Radó sunt din eseul său The Problem of Melancholia, din Psychoanalysis of Behavior, pp. 49–60.

583. Textul lui Hassoun despre depresie apare în cartea sa The Cruelty of Depression, publicată recent.

584. Textele lui Kraepelin sunt anoste. Pasajele citate aici sunt din Stanley Jackson, Melancholia and Depression, pp. 188–195. O discuţie excelentă despre Kraepelin este inclusă şi în Myer Mendelson, Psychoanalytic Concepts of Depression.

585. Citatul din Sir William Osler este din lucrarea sa Aequanimitas, citată în Peter Adams, The Soul of Medicine, p. 67.

586. Despre Mary Brooks Meyer, v. Theodore Lidz, Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry, publicat în American Journal of Psychiatry 123 (1966), p. 328.

587. Citatul despre scopul medicinei este din unul dintre ultimele eseuri ale lui Adolf Meyer, The ‘Complaint’ as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry, în New England Journal of Medicine 199 (1928).

588. Textele lui Adolf Meyer sunt o încântare. Sunt îndatorat lucrării lui Stanley Jackson Melancholia and Depression, lucrării lui Myer Mendelson Psychoanalytic Concepts of Depression,

precum şi lucrării lui Jacques Quen şi Eric Carlson American Psychoanalysis pentru o mare parte din discuţia despre Adolf Meyer. Pasajele sunt citate, în ordinea în care apar în text, din Myer Mendelson, Psychoanalytic Concepts of Depression, p. 6; Jacques Quen şi Eric Carlson, American Psychoanalysis, p. 24; Myer Mendelson, Psychoanalytic Concepts of Depression, p. 6; Adolf Meyer, Psychobiology, p. 172; Adolf Meyer, The Collected Papers of Adolf Meyer, vol. 2, pp. 598 şi 599. Theodore Lidz, Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry, publicat în American Journal of Psychiatry 123 (1966), p. 326; Adolf Meyer, Psychobiology, p. 158.

589. Pasajele din Sartre sunt din romanul său Nausea, pp. 4, 95–96, 122 şi 170 (cf. trad. rom. de Marius Robescu, în Jean-Paul Sartre, Greaţa, RAO, Bucureşti, 1997, pp. 184, 289, 319, 370 (n.tr.).

590. Pasajele din Beckett sunt luate din Malone Dies şi, respectiv, The Unnamable, şi apar în volumul Molloy, Malone Dies, The Unnamable la pp. 256–257 şi 333–334.

591. Povestea descoperirii antidepresivelor este spusă iar şi iar. O versiune simpatică este în Peter Kramer, Listening to Prozac, iar una mai tehnică în Peter Whybrow, A Mood Apart. M-am bazat pe ambele, precum şi pe povestea detaliată care formează coloana vertebrală a lucrării lui David Healy, The Antidepressant Era. De asemenea, am încorporat informaţii din interviuri.

592. Dezbaterea Kline/Lurie-Salzer/Kuhn este în David Healy, The Antidepressant Era, pp. 43–77.

593. Descoperirea teoriei neurotransmiţătorilor şi lucrările de început pe acetilcolină, precum şi descoperirea serotoninei şi legăturii dintre ea şi funcţiile afective: ibid., pp. 145–147.

594. Articolul din 1955 la care se face referire este al lui A. Pletscher et al. Serotonin Releaseas a Possible Mechanism of Reserpine Action, în Science 122 (1955).

595. Lucrarea despre reducerea nivelurilor serotoninei este în David Healy, The Antidepressant Era, p. 148.

596. Crearea inhibitorilor de monoaminooxidază: ibid., pp. 152–155.

597. Lucrarea lui Axelrod despre recaptare: ibid., pp. 155–161.

598. Articolul original al lui Joseph Schildkraut este The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence, în American Journal of Psychiatry 122 (1965), pp. 509–522.

599. Îi sunt îndatorat lui David Healey pentru critica lui Schildkraut.

600. Oamenii de ştiinţă scoţieni care au lucrat la teoria receptorilor sunt George Ashcroft, Donald Eccleston şi membrii echipei lor, aşa cum se arată în David Healy, The Antidepressant Era, p. 162.

601. Povestea despre Carlsson, Wong şi serotonină: ibid., pp. 165–169.

602. Crearea fiecărui medicament este prezentată pe site-urile producătorilor. Pentru informaţii despre prozac, vedeţi site-ul companiei Lilly, www.prozac.com; pentru informaţii despre zoloft, vedeţi site-ul companiei Pfizer, www.pfizer.com; pentru informaţii despre medicamente în curs de definitivare la Du Pont, vedeţi www.dupontmerck.com; pentru informaţii despre luvox, vedeţi site-ul companiei Solvay, www. solvay.com; pentru informaţii despre medicamente în curs de perfectare la Parke- Davis, vedeţi www.parke-davis.com; pentru informaţii despre reboxetină şi xanax, vedeţi site-ul companiei Pharmacia/Upjohn, www2.pnu.com; pentru informaţii despre celexa, vedeţi site-ul companiei Forest Laboratories, www.forestlabs.com.

IX
Sărăcia

Depresia o taie de-a curmezişul, peste limitele de clasă, tratamentele depresiei însă nu. Aceasta înseamnă că cei mai mulţi dintre oamenii care sunt săraci şi depresivi rămân săraci şi depresivi; de fapt, cu cât rămân mai mult săraci şi depresivi, cu atât devin mai săraci şi mai depresivi. Sărăcia e deprimantă, iar depresia sărăceşte, ducând la disfuncţii şi izolare. Umilinţa sărăciei este o relaţie pasivă cu soarta, o stare în care oamenii cu putere evident mai mare apelează imediat la tratament. Oamenii săraci depresivi se simt cu totul neajutoraţi, atât de neajutoraţi, încât nici nu caută, nici nu acceptă sprijin. Restul lumii se disociază de oamenii săraci depresivi, şi ei înşişi se disociază: pierd acea calitate foarte umană a liberului-arbitru.[603]

Când depresia loveşte pe cineva din clasa de mijloc, e relativ uşor de recunoscut. Îţi vezi de viaţa ta obişnuită, care e în ordine, şi deodată începi să te simţi rău tot timpul. Nu poţi funcţiona la nivel înalt; n-ai chef să te duci la serviciu; nu simţi că deţii controlul asupra vieţii tale; ţi se pare că n-ai să realizezi niciodată nimic şi că traiul însuşi n-are sens. Pe măsură ce devii din ce în ce mai retras, apropiindu-te de catatonie, începi să atragi atenţia prietenilor, colegilor şi rudelor, care nu pricep de ce renunţi la atât de multe lucruri care-ţi plăcuseră întotdeauna. Depresia ta e incongruentă cu realitatea ta privată şi e inexplicabilă în realitatea ta publică.

Când eşti însă în josul scării sociale, semnele pot să nu fie vizibile atât de curând. Pentru cei sărmani şi oprimaţi, viaţa a fost totdeauna grea, şi niciodată nu s-au simţit minunat în ea; n-au fost în stare să-şi găsească sau să păstreze un serviciu bun; nu s-au aşteptat niciodată să realizeze lucruri mari; şi, cu siguranţă, n-au avut niciodată ideea că ei controlează ceea ce li se întâmplă. Starea normală a acestor oameni are foarte multe în comun cu depresia, aşa încât există o problemă de atribuire în legătură cu simptomele lor. Ce anume e simptomatic? Ce anume e raţional, şi nu simptomatic? Există o deosebire uriaşă între a avea o viaţă grea şi a avea o tulburare de dispoziţie, şi, cu toate că se obişnuieşte să se presupună că depresia e rezultatul firesc al unei astfel de vieţi, adesea în realitate este tocmai invers. Afectat de depresia

care te scoate din luptă, nu reuşeşti să realizezi nimic în viaţă şi rămâi blocat pe treapta cea mai de jos, copleşit chiar de gândul de a te ajuta pe tine însuţi. Deseori, tratarea depresiei la persoanele nevoiaşe depresive le permite acestora să descopere în ele însele ambiţie, destoinicie şi bucurie.

Depresia este un domeniu larg plin de subcategorii, şi multe dintre ele au fost studiate pe larg: depresia la femei;[604] depresia la oamenii de artă;[605] depresia la atleţi;[606] depresia la alcoolici.[607] Lista poate continua aşa încă mult. Şi totuşi – fapt revelator – puţine au fost studiile despre depresia la săraci. E un lucru ciudat, căci depresia apare mai frecvent la persoanele care trăiesc sub limita sărăciei decât la populaţia medie;[608] de fapt, la cei care beneficiază de ajutor social rata depresiei este de aproximativ trei ori mai mare decât la populaţia generală. A fost la modă să se vorbească despre depresie izolat de evenimentele existenţiale. De fapt, cea mai mare parte dintre săraci se încadrează în câteva profiluri ale apariţiei depresiei. Greutăţile lor economice sunt doar începutul problemelor lor. Sunt adesea în relaţii proaste cu părinţii, copiii, iubitul, iubita, soţul sau soţia. N-au prea multă şcoală. N-au lucruri care să le abată cu uşurinţă atenţia de la necazul ori suferinţa lor, cum ar fi un serviciu mulţumitor sau călătorii interesante. N-au aşteptarea fundamentală a bunelor sentimente. În furia noastră de a medicaliza depresia, am avut tendinţa de a sugera că depresia „reală“ apare fără legătură cu chestiunile materiale exterioare. Acest lucru pur şi simplu nu este adevărat. O mulţime de oameni din America suferă de depresie – nu numai de sentimentul de umilinţă, de înjosirea de a fi pe scara cea mai de jos a societăţii, ci de boala clinică printre simptomele căreia se numără izolarea socială, neputinţa de a te da jos din pat, perturbări ale apetitului, frică excesivă sau nelinişte, nivel înalt de iritabilitate, accese de agresivitate şi incapacitatea de a-şi vedea de grijă sieşi sau altora. Practic, toţi nevoiaşii Americii sunt, din motive evidente, nemulţumiţi de situaţia lor; dar mulţi dintre ei sunt, în plus, paralizaţi de ea, incapabili din punct de vedere fiziologic să conceapă sau să ia măsuri pentru a-şi îmbunătăţi soarta. În această epocă a reformei ajutorului social, pretindem ca săracii să se tragă singuri în sus de şireturile pantofilor, dar nevoiaşii care suferă de depresie majoră nu au şireturi la pantofi şi nu se pot trage în sus. După ce au devenit simptomatici, nici programele de reeducare, nici iniţiativele civice nu-i pot ajuta. Lucrul de care au nevoie este intervenţia, cu medicamente şi terapie, a psihiatrului.[609] S-a demonstrat pe deplin în multe studii independente din toată ţara că o astfel de intervenţie este relativ necostisitoare şi foarte

eficientă, şi că cei mai mulţi dintre nevoiaşii depresivi, eliberaţi de depresie, doresc să-şi îmbunătăţească existenţa.

Sărăcia este un bun declanşator al depresiei; eliberarea de sărăcie este un bun declanşator al vindecării. Politicile liberale s-au concentrat pe ameliorarea grozăviilor exterioare ale vieţii nevoiaşilor, presupunând că aceasta îi va face mai fericiţi. Acest obiectiv nu trebuie niciodată trecut cu vederea. Uneori e mai uşor totuşi să elimini depresia decât să înlături sărăcia. Înţelepciunea populară spune că şomajul trebuie să fie remediat înainte de a ne ocupa de chestiunea himerică a sănătăţii mintale. Acesta e un raţionament greşit; rezolvarea problemei sănătăţii mintale ar putea să fie cea mai solidă cale de a readuce oamenii în sfera forţei de muncă. Între timp, unii dintre susţinătorii cauzei celor lipsiţi de drepturi sunt îngrijoraţi de posibilitatea de a se pune prozac în apa de la robinet, ca să-i ajute pe nefericiţi să suporte insuportabilul. Din păcate, prozacul nici nu-l face, nici nu-l menţine fericit pe cel nefericit, astfel încât scenariul totalitarist paternalist schiţat de alarmiştii sociali nu are temelie reală. Tratarea consecinţelor problemelor sociale nu va înlocui niciodată rezolvarea lor. Totuşi, persoanele nevoiaşe care au primit tratament adecvat ar putea să fie în stare să acţioneze în armonie cu politicile liberale pentru a-şi schimba viaţa, iar acele schimbări pot duce la o schimbare a societăţii ca întreg.

Argumentele umanitare pentru tratarea depresiei în rândurile celor nevoiaşi sunt solide; argumentele economice sunt cel puţin la fel de solide. Persoanele depresive sunt o povară enormă pentru societate: între 85 şi 95 la sută dintre persoanele cu boli mintale grave din SUA sunt în şomaj.[610] Cu toate că multe dintre ele se străduiesc să ducă o viaţă acceptabilă pe plan social, altele înclină spre abuz de substanţe toxice şi comportamente suicidare. Uneori, sunt violente. Le transmit aceste probleme copiilor lor, susceptibili de a fi retardaţi mintal şi disfuncţionali din punct de vedere afectiv. Când o mamă săracă depresivă nu e tratată, copiii ei înclină să ajungă în sistemul de ajutor social şi în cel al închisorilor: la fiii mamelor cu depresie netratată, există o probabilitate mult mai mare decât la ceilalţi copii de a deveni delincvenţi juvenili.[611] Fiicele mamelor depresive ajung la pubertate înaintea altor fete, şi acest lucru este asociat aproape totdeauna cu promiscuitatea, sarcini înainte de vreme şi instabilitate afectivă.[612] Costul tratării depresiei în această comunitate este mic faţă de costul netratării depresiei.

Este extrem de greu să găseşti săraci care să fi făcut tratament prelungit pentru depresie, din cauză că nu există programe coerente în SUA pentru

localizarea sau tratarea depresiei la această categorie de populaţie. Destinatarii programului de sănătate Medicaid[613] beneficiază de îngrijiri complete, dar trebuie să le solicite, iar persoanele depresive rareori îşi exercită drepturile ori cer ceea ce li se cuvine, chiar dacă ele au capacitatea de a-şi identifica starea. Programele ofensive de sensibilizare[614] – care caută persoane ce pot avea nevoie de tratament şi duc aceste tratamente la ei, chiar dacă astfel de persoane sunt prea puţin înclinate să caute ajutor – sunt moralmente justificate, deoarece oamenii convinşi să se trateze sunt aproape întotdeauna mulţumiţi că li se acordă atenţie; aici, mai mult ca oriunde altundeva, împotrivirea este un simptom al bolii. Multe state promit programe de tratament mai mult sau mai puţin adecvate pentru aceia dintre nevoiaşi care sunt în stare să se ducă la cabinetele care trebuie, să completeze formularele care trebuie, să stea la cozile care trebuie, să ofere trei feluri de identificare foto, să caute şi să se înscrie în programe etc. Puţini dintre nevoiaşi au această capacitate. Statutul social şi problemele grave ale nevoiaşilor depresivi fac practic cu neputinţă ca ei să funcţioneze la acest nivel. Această categorie de populaţie poate fi tratată doar prin măsurile luate împotriva bolii înainte de a lua măsuri împotriva pasivităţii cu care tind să-şi trăiască boala. Vorbind despre programele de intervenţie în cazurile de boli mintale, Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), spune: „Nu-i ca atunci când KGB-ul vine cu duba şi te aruncă în ea. Dar trebuie să-i urmărim pe aceşti oameni. Am putea face asta în programele de ajutor social de tip *workfare*[615]. Dacă vrem să avem cea mai eficientă trecere de la ajutorul de tip *welfare* la muncă, acesta e un loc bun de unde să începem. Probabil că este o experienţă fără precedent în viaţa acestor oameni să existe cineva care se interesează de ei.“ Cei mai mulţi oameni sunt stingheriţi la început de situaţiile prin care n-au mai trecut. De obicei, oamenii disperaţi, cărora nu le place ajutorul, nu pot crede că ajutorul o să-i facă liberi. Doar vigurosul îndemn al râvnei misionare îi poate salva.

E greu să faci estimări numerice specifice ale costurilor asociate cu deservirea acestei categorii de populaţie, dar 13,7 la sută dintre americani sunt sub limita sărăciei[616] şi, conform unui studiu recent, circa 42 la sută dintre capii de familie care primesc ajutorul pentru familii cu copii aflaţi în îngrijire (Aid to Families with Dependent Children – AFDC) corespund criteriilor de depresie clinică[617] – mai mult decât dublul mediei naţionale. Un procent uluitor, de 53 la sută, dintre femeile însărcinate care primesc ajutor social corespund aceloraşi criterii.[618] De cealaltă parte, la persoanele cu

tulburări psihiatrice probabilitatea de a primi ajutor social este cu 38 la sută mai mare decât la celelalte persoane.[619] Faptul că nu-i identificăm şi nu-i tratăm pe nevoiaşii depresivi nu e numai lipsit de milă, ci şi costisitor. Mathematica Policy Research, Inc., o organizaţie care elaborează statistici pe probleme sociale, confirmă că „o proporţie substanţială a populaţiei care primeşte ajutor social […] are probleme de sănătate mintală nediagnosticate şi/sau netratate“ şi că, dacă acestor persoane li s-ar oferi servicii, le-ar „creşte capacitatea de încadrare în muncă“. Guvernele statelor şi cel federal cheltuiesc cam 20 de miliarde de dolari pe an cu transferurile de bani lichizi către adulţi săraci nevârstnici şi copiii lor. Cheltuim cam aceeaşi sumă pe tichete de masă pentru astfel de familii.[620] Dacă facem estimarea prudentă că 25 la sută dintre persoanele care primesc ajutor social sunt depresive, că jumătate dintre ele ar putea fi tratate cu succes şi că, din acel procent, două treimi ar putea reveni la o muncă productivă, cel puţin cu program parţial, luând în calcul şi costurile tratamentelor, tot s-ar reduce costurile ajutorului social cu 8 la sută – o economie anuală de circa 3,5 miliarde de dolari. Dat fiind că guvernul SUA oferă acestor familii şi îngrijiri medicale şi alte servicii, economiile reale ar putea să fie substanţial mai mari. Pe moment, funcţionarii din domeniul ajutorului social nu se ocupă de depistarea sistematică a depresiei: programele de ajutor social sunt derulate, mai ales, de administratori care fac puţină muncă socială. Ceea ce are tendinţa să fie descris în rapoartele despre ajutorul social ca necooperare aparent voită este, în multe cazuri, motivat de probleme psihiatrice. În vreme ce politicienii liberali tind să sublinieze că o clasă nefericită de oameni săraci e consecinţa unei economii nonintervenţioniste (şi, prin urmare, nu poate fi supusă rectificării prin intervenţii în domeniul sănătăţii mintale), cei de dreapta tind să considere că problema ţine de lene (care, prin urmare, nu poate fi îndreptată prin intervenţii în domeniul sănătăţii mintale). De fapt, pentru mulţi dintre cei săraci problema nu ţine nici de lipsa şanselor de încadrare în muncă, nici de lipsa motivaţiei de încadrare în muncă, ci de handicapuri grave legate de sănătatea mintală, ce fac imposibilă încadrarea în muncă.[621]

Se efectuează, în prezent, studii-pilot despre depresia în rândurile celor nevoiaşi. Un număr de medici care lucrează în serviciile de sănătate publică, obişnuiţi să abordeze această categorie de populaţie, au arătat că problemele nevoiaşilor depresivi pot fi soluţionate. Jeanne Miranda,[622] psiholog la Universitatea Georgetown, pledează de douăzeci de ani pentru îngrijirea completă a problemelor mintale ale celor care locuiesc în cartierele sărace. Ea

a încheiat recent un studiu despre tratarea femeilor din Prince George, Maryland, un district cu populaţie săracă de lângă Washington, D.C. Dat fiind că serviciile clinicilor de planificare familială sunt singurul fel de îngrijire medicală disponibilă pentru nevoiaşii din Maryland, Jeanne Miranda a ales una dintre ele pentru evaluarea aleatorie a depresiei. A inclus apoi persoanele pe care le-a considerat depresive într-o formulă de tratament care se ocupa de nevoile sănătăţii lor mintale. Emily Hauenstein, de la Universitatea din Virginia, a efectuat recent un studiu despre tratarea depresiei la femeile din zona rurală. A început prin cercetarea legată de copiii cu probleme şi a trecut la tratarea mamelor lor. Centrul activităţii sale a fost districtul Buckingham, din zona rurală a statului Virginia – unde cele mai multe locuri de muncă sunt în închisori sau în câteva fabrici, unde o mare parte a populaţiei este analfabetă, unde un sfert din populaţie nu are acces la telefon, unde mulţi oameni trăiesc în locuinţe necorespunzătoare, fără izolaţie, fără WC în interior şi, adesea, chiar fără apă curentă. Şi Jeanne Miranda, şi Emily Hauenstein au eliminat din formulă persoanele care abuzau de substanţe toxice, trimiţându-le la programe de dezintoxicare. Glenn Treisman, de la Johns Hopkins University Hospital, studiază şi tratează de decenii întregi depresia la persoanele nevoiaşe HIV-pozitive şi cu SIDA din Baltimore, dintre care cele mai multe abuzează de substanţe toxice. El a devenit atât medic care efectuează tratamente, cât şi apărător vehement al acestei categorii de populaţie. Fiecare dintre aceşti medici foloseşte tehnici de îngrijire sigure. În toată această activitate, îngrijirea anuală a unui pacient costă mult sub 1.000 de dolari.[623]

Rezultatele acestor studii sunt surprinzător de consecvente. Mi s-a oferit acces nelimitat la pacienţii din toate aceste studii şi, spre surprinderea mea, toţi cei pe care i-am întâlnit credeau că viaţa li s-a îmbunătăţit măcar un pic în timpul tratamentului. Toţi cei care şi-au revenit dintr-o depresie majoră, indiferent cât de cumplită era situaţia lor, au început să urce treptat către starea de funcţionare. *Se simţeau* mai bine în viaţa lor şi, de asemenea, trăiau mai bine. Le fusese prezentată capacitatea de a acţiona şi începuseră s-o exercite; chiar şi când aveau de înfruntat piedici aproape de netrecut, înaintau – adesea rapid, şi uneori până departe. Istoriile îngrozitoare ale vieţii lor erau cu mult dincolo de lucrurile la care mă aşteptasem, în aşa măsură încât, de mai multe ori, le-am verificat istoriile cu medicii care i-au tratat, întrebând dacă pot fi într-adevăr reale. La fel erau şi poveştile lor de tipul Cenuşăresei despre vindecare, la fel de minunate ca aceea cu caleaşca din bostan şi

pantofiorul de cleştar. În repetate rânduri, când mă întâlneam cu oameni săraci trataţi pentru depresie, auzeam exclamaţii de uimire şi de surprindere: Cum se face că, după ce atâtea le-au mers prost, au făcut o curbă care le-a schimbat întreaga viaţă? „M-am rugat la Dumnezeu să-mi trimită un înger“, a spus o femeie, „şi El mi-a îndeplinit ruga.“[624]

Când Lolly Washington – care participa la studiul lui Jeanne Miranda – avea şase ani, un prieten infirm al bunicii ei alcoolice a început să abuzeze sexual de ea. În clasa a şaptea, „am simţit că nu există nici un motiv să merg mai departe. Îmi făceam lecţiile şi tot restul, dar nu eram deloc fericită.“ Lolly a început să se retragă în sine. „Nu mă apropiam de nimeni. Toţi au crezut o vreme că nu pot vorbi, deoarece câţiva ani n-am spus nimănui nici o vorbă.“ Asemenea multor victime ale abuzurilor, Lolly credea că este urâtă şi că nu e bună de nimic. Primul ei iubit o brutaliza fizic şi verbal, şi, după ce a născut primul copil, la şaptesprezece ani, „am izbutit să scap de el, nici nu ştiu cum“. După câteva luni, era cu sora ei, şi cu verişoara ei, şi cu copilul verişoarei, şi cu un vechi prieten de familie, „care fusese întotdeauna doar prieten, un prieten foarte bun. Eram toate acasă la el şi ştiam că mama lui avea pe măsuţa de toaletă buchete de flori aranjate frumos. M-am dus să mă uit la ele, pentru că-mi plac florile. Şi deodată, cumva, toată lumea din casă plecase, iar eu n-am ştiut. M-a violat, brutal, şi eu ţipam, şi urlam, şi nu venea nimeni. Ne-am dus apoi la parter şi am urcat în maşină cu sora mea. Nu puteam vorbi, eram tare speriată, şi sângeram.“

Lolly a rămas însărcinată în urma violului şi a adus pe lume copilul. Curând după aceea, a cunoscut alt bărbat şi, presată de familie, s-a măritat cu el, cu toate că şi el era violent. „Întreaga zi a nunţii mele a fost aiurea“, mi-a spus. „Era ca la înmormântare. Dar el era cea mai bună alegere pe care o aveam.“ În următorii doi ani şi jumătate, a mai născut trei copii. „Se purta violent şi cu copiii, chiar dacă el fusese cel care i-a vrut, înjura şi zbiera tot timpul, şi pentru orice fleac îi plesnea la fund, nu puteam suferi asta, şi nu puteam să-i apăr.“

Lolly a început să aibă depresii majore. „Avusesem o slujbă, dar a trebuit să renunţ la ea, pentru că pur şi simplu nu eram în stare. Nu voiam să mă dau jos din pat şi simţeam că nu am nici un motiv să fac ceva. Şi aşa sunt mică de statură, şi mai şi slăbeam din ce în ce mai mult. Nu mă sculam să mănânc ori să fac altceva. Pur şi simplu, nu-mi păsa. Şedeam uneori şi boceam pe rupte. Din nimic. Doar boceam. Nu voiam decât să fiu singură. Mama m-a ajutat cu copiii chiar şi după ce i-au amputat piciorul, în care fusese împuşcată

accidental cam pe-atunci de cel mai bun prieten al ei. Nu aveam nimic de spus copiilor mei. După ce plecau din casă, mă urcam în pat, cu uşa încuiată. Mă temeam de momentul când reveneau acasă, la ora trei – şi cât de repede se făcea trei! Soţul îmi spunea că-s proastă, toantă, urâtă. Sora mea are o problemă cu cocaina, şi are şase copii, şi a trebuit să văd de cei doi mai mici, unul dintre ei s-a născut bolnav din cauza drogului. Eram obosită. Eram atât de obosită.“ Lolly a început să ia pastile, în special analgezice. „Putea fi tylenol sau orice pentru durere, însă multe, sau orice putea să mă adoarmă.“

În cele din urmă, într-o zi, într-o demonstraţie neobişnuită de energie, Lolly s-a dus la clinica de planificare familială pentru ligatura tuburilor falopiene. La douăzeci şi opt de ani, răspundea de unsprezece copii, iar gândul să mai apară încă unul o îngrozea. S-a nimerit să ajungă pe când Jeanne Miranda căuta subiecţi pentru studiu. „Era evident depresivă, mai depresivă ca oricine altcineva pe care l-am întâlnit vreodată“, îşi aminteşte Jeanne Miranda, care a pus-o rapid pe Lolly în grupul pentru terapie. „Mi-au spus că-s «depresivă», şi asta a fost o uşurare, să ştiu că există ceva clar care nu e-n ordine“, spune Lolly. „Mi-au cerut să vin la o întâlnire, şi asta a fost tare greu. N-am vorbit când m-am dus acolo, dar am plâns tot timpul.“ Bunul-simţ psihiatric spune că nu-i poţi ajuta decât pe cei care vor să fie ajutaţi şi vin singuri la întâlniri, dar acest lucru este izbitor de neadevărat în cazul acestor categorii de populaţie. „Mă tot sunau, spunându-mi să vin, mă pisau şi insistau, arătând că nu se lasă păgubaşi. Ba chiar au venit o dată şi m-au luat de acasă. Nu mi-a plăcut la primele întâlniri. Dar le-am ascultat pe celelalte femei şi mi-am dat seama că au aceleaşi probleme ca mine, şi am început să le spun şi eu câte ceva, lucruri pe care nu le-am mai spus nimănui. Iar terapeutul ne punea toate acele întrebări ca să schimbe felul în care gândeam. Şi, pur şi simplu, simţeam cum mă schimb, şi-am început să fiu mai puternică. Toată lumea a început să observe că veneam cu altă atitudine.“

După două luni, Lolly i-a spus soţului ei că pleacă. A încercat să-şi interneze sora la dezintoxicare şi, când aceasta a refuzat, Lolly a rupt relaţiile cu ea. „A trebuit să mă descotorosesc de cei doi, care mă trăgeau în jos. Nu erau discuţii, pentru că nu răspundeam. Soţul meu încerca să mă scoată din grup, pentru nu-i plăcea schimbarea din mine. I-am spus, pur şi simplu: «Am plecat.» Eram atât de puternică, eram atât de fericită. M-am dus afară să mă plimb, pentru prima oară după atâta vreme, făcându-mi timp pentru bucuria mea.“ Au mai trecut două luni până ca Lolly să-şi găsească de lucru, la îngrijirea copiilor, în cadrul Marinei SUA. Cu noul său salariu, s-a mutat într-

un nou apartament cu copiii de care răspunde, în vârstă de la doi la cincisprezece ani. „Copiii mei sunt mult mai fericiţi. Acum vor tot timpul să facă tot soiul de lucruri. Vorbim ore întregi în fiecare zi, şi sunt cei mai buni prieteni ai mei. De cum intru pe uşă, îmi scot haina, pun jos poşeta, luăm cărţi şi citim, facem împreună lecţiile şi totul. Glumim. Vorbim despre ce vrea fiecare să se facă, iar înainte nici nu se gândeau la asta. Cel mai mare vrea să fie pilot militar. Altul vrea să fie pompier, altul preot, şi una dintre fete o să fie avocat! Vorbesc cu ei despre droguri, şi au văzut-o pe sora mea, şi acum se ţin departe de ele. Nu mai plâng, cum făceau înainte, şi nu se mai ciorovăiesc. Au înţeles că pot să-mi spună orice. Indiferent ce este. I-am luat la mine pe copiii surorii mele, şi cel care avea problema cu drogurile e pe cale să scape de ea. Medicul a spus că nu s-a aşteptat ca băiatul să vorbească atât de repede, să încerce să facă la oliţă, e cu mult mai departe de punctul în care credea el că o să fie.

În locuinţa cea nouă, e o cameră pentru băieţi, una pentru fete şi una pentru mine, dar le place tuturor să vină în patul meu, iar seara şedem cu toţii acolo. Asta-i tot ce-mi trebuie acum: copiii mei. Niciodată n-am crezut că o s-ajung până aici. E bine să te simţi fericit. Nu ştiu cât o să ţină, dar cu siguranţă sper să fie veşnic aşa. Şi lucrurile se tot schimbă: felul în care mă îmbrac. Cum arăt. Cum mă port. Cum mă simt. Nu mă mai tem. Pot să ies pe uşă fără să mă tem. Nu cred că sentimentele alea rele o să se-ntoarcă.“ Lolly a zâmbit şi apoi a clătinat capul, uimită. „Şi dacă n-ar fi fost doamna doctor Miranda şi toate astea, încă aş fi acasă, în pat – asta, dacă aş mai fi în viaţă.“

Tratamentele pe care le-a primit Lolly n-au inclus intervenţie psihofarmaceutică şi n-au urmat strict modele cognitive. Ce anume a permis această transformare? Parţial, a fost pur şi simplu lumina constantă a atenţiei afectuoase din partea medicilor cu care a lucrat. Aşa cum a remarcat Phaly Nuon din Cambodgia, iubirea şi încrederea pot fi mari motivatori, şi faptul că ştii că-i pasă de cuiva de ce se-ntâmplă cu tine e în sine suficient pentru a influenţa profund ceea ce faci. Am fost izbit de afirmaţia lui Lolly că numirea drept *depresie* a durerii de care suferea i-a adus vindecarea. Jeanne Miranda a spus că era „limpede“ că Lolly e depresivă, dar asta nu fusese limpede pentru Lolly nici măcar când a avut de suferit simptomele extreme. Etichetarea suferinţei a fost un pas esenţial către însănătoşire. Ceea ce poate fi numit şi descris poate fi stăpânit: cuvântul *depresie* a despărţit boala lui Lolly de personalitatea ei. Dacă toate lucrurile care nu-i plăceau la ea însăşi puteau fi strânse la un loc ca aspecte ale unei boli însemna că rămân părţile bune, ca

Lolly „cea adevărată“, şi-i era mult mai uşor să-i placă de această Lolly adevărată şi s-o îndemne pe această Lolly adevărată împotriva problemelor care o chinuiseră. Odată numită ideea de depresie, ajungi să stăpâneşti o unealtă lingvistică puternică pe plan social, ce izolează şi conferă putere eului mai bun la care aspiră majoritatea oamenilor care suferă. Cu toate că rostirea cuvintelor e un bun universal, pentru cei nevoiaşi – care simt lipsa acestui vocabular – e o problemă deosebit de acută. Iată de ce uneltele de bază, ca terapia de grup, pot să ducă la transformări atât de mari în cazul lor.

Întrucât săracii au acces limitat la limbajul bolilor mintale, de obicei depresia lor nu se manifestă pe plan cognitiv. La ei e mică probabilitatea de a simţi vinovăţie intensă sau de a-şi pune în cuvinte în mintea lor percepţia propriului eşec, care joacă un rol atât de mare în depresia clasei de mijloc. Afecţiunea lor este vizibilă adesea în simptomele fizice: somnolenţă şi epuizare, greaţă, groază şi incapacitatea de legături cu alţii. Acestea, la rândul lor, îi fac vulnerabili la boli fizice; şi boala este adesea ultima picătură care umple paharul cel mare şi te face să te prăbuşeşti în depresie. În măsura în care nevoiaşii depresivi ajung la spital, tind să ajungă acolo pentru probleme fizice, multe dintre acestea fiind simptome ale suferinţei mintale. „Dacă o femeie latino-americană săracă pare depresivă“, spune Juan López de la Universitatea din Michigan, care a desfăşurat o bogată activitate legată de sănătatea mintală printre oameni săraci şi depresivi vorbitori de spaniolă, „îi dau, de probă, antidepresive. Vorbim despre ele ca despre tonice pentru problemele ei generale, şi atunci când dau rezultate e încântată. Ea însăşi nu-şi percepe afecţiunea ca psihologică“. Şi Lolly îşi percepea simptomele în afara domeniului a ceea ce ar fi perceput ca nebunie, iar nebunia (psihoză halucinatorie acută) era singurul ei model de boală mintală. Ideea unei boli mintale debilitante care n-o făcea incoerentă era în afara bagajului ei lexical.

Ruth Ann Janesson s-a născut într-o rulotă în zona rurală a Virginiei şi, crescând, a devenit o fată grasă, cu ochelari. La şaptesprezece ani, a rămas însărcinată cu un bărbat aproape analfabet, care se retrăsese de la şcoala la care învăţa şi ea, iar ea a renunţat la propria educaţie ca să se mărite cu el. Au avut o căsnicie dezastruoasă; ea muncea şi, o vreme, a izbutit cumva să se descurce cu banii, dar, după naşterea celui de-al doilea copil, l-a părăsit. După câţiva ani, s-a măritat cu un muncitor care lucra la utilaje, pe un şantier de construcţii. Ea reuşise să obţină carnet de conducere pentru camioane, dar, după şase luni, noul soţ i-a spus că locul ei e acasă, să aibă grijă de familie şi să aibă grijă de el. Au avut doi copii. Ruth Ann încerca să se descurce cu

banii, „ceea ce e greu pentru o familie de şase persoane care are două sute de dolari pe săptămână, chiar şi cu tichetele de masă“.

Curând, a început să derapeze, şi, în al treilea an din cea de-a doua căsătorie, îşi pierduse toate semnele de vitalitate. „Mă hotărâsem: ei bine, sunt aici, exist, asta e. Eram măritată, aveam copii, dar nu aveam viaţă şi mă simţeam rău practic tot timpul.“ Când a murit tatăl lui Ruth Ann, s-a „pierdut de tot“, a zis. „Ăsta era fundul gropii. Tăticu nu ne-a bătut niciodată – nu era ceva care să ţină de fizic, era de domeniul mentalului. Chiar dacă făceai ceva bine, n-aveai parte de vreo laudă, n-aveai parte decât de critici. Cred că am simţit că, dacă nu-s în stare să-l mulţumesc pe el, nu-s în stare de nimic altceva. Şi am simţit că n-am izbutit niciodată să-l mulţumesc de-a binelea, iar acum n-o să mai am niciodată şansa să încerc.“ Povestindu-mi această perioadă din viaţa sa, Ruth Ann a început să plângă şi, până a terminat de povestit, consumase o cutie întreagă de şerveţele.

Ruth Ann s-a aşezat în pat – şi acolo a rămas cea mai mare parte din timp. „Ştiam că ceva nu-i în ordine, dar nu i-am dat o denumire medicală. Nu avem energie să fac nimic. Am început să mă îngraş. Mă mişcam prin rulota noastră, dar nu ieşeam niciodată şi am încetat să comunic cu oricine. Apoi, mi-am dat seama că-mi neglijez copiii. Trebuia făcut ceva.“ Ruth Ann are maladia Crohn şi, cu toate că nu făcea aproape nimic, a început să aibă simptome ce păreau să fie legate de stres. Medicul ei, care ştia de studiul lui Emily Hauenstein, a propus să participe şi ea. Ruth Ann a început să ia paxil şi să se ducă la Marian Kyner, o terapeută care lucra, cu normă întreagă, cu femeile din studiul lui Emily Hauenstein. „Dacă n-ar fi fost Marian, probabil că aş fi stat pur şi simplu în aceeaşi groapă în care eram până ce aş fi încetat să trăiesc, până ce aş fi încetat să exist. Dacă nu era ea, n-aş fi astăzi aici“, mi-a spus Ruth Ann, şi iar a izbucnit în lacrimi. „Marian m-a făcut să pătrund înăuntrul meu, voia să parcurg tot drumul până la degetele de la picioare. Am descoperit cine sunt. Nu mi-a plăcut, nu mi-a plăcut de mine.“

Ruth Ann s-a liniştit. „Şi apoi, au început schimbările“, mi-a spus. „Mi se spune că am inima largă. Nu credeam că am vreo inimă, dar acum ştiu că e acolo, undeva, şi, în cele din urmă, o s-o găsesc de-a binelea.“ Ruth Ann a început din nou să lucreze ca angajat temporar cu jumătate de normă la At Work Personnel Service. Curând, a devenit şef de birou, şi, în acel moment, a renunţat la antidepresive. În ianuarie 1998, împreună cu un prieten, a cumpărat firma, care este o franciză sub licenţa unei companii naţionale. Ruth Ann a început cursuri serale de contabilitate, ca să poată ţine cum trebuie

registrele, şi curând a înregistrat o reclamă pentru televiziunea prin cablu. „Lucrăm cu biroul forţelor de muncă“, mi-a spus, „găsim locuri de muncă pentru persoanele fără serviciu, le plasăm la firme particulare. Le pregătim în birourile noastre, unde ne ajută, şi apoi le trimitem după ce au dobândit aptitudini bune. În prezent, acoperim şaptesprezece districte.“ Când a ajuns la greutatea maximă, avea 105 kilograme. Acum, se duce regulat la o sală de sport şi, cu regim alimentar sever, a ajuns la 67.

Şi-a părăsit soţul, care voia s-o ştie la bucătărie, slujindu-l pe el, depresivă au ba, dar îi lasă timp să se adapteze la noul ei eu personal – şi, când am văzut-o ultima oară, încă mai spera să se împace cu el. Strălucea. „Mă surprinde uneori câte un nou sentiment“, a spus, „şi mă sperie. Îmi trebuie vreo câteva zile ca să pricep ce este. Dar acum ştiu cel puţin că sentimentele mele sunt acolo, că există.“ Ruth Ann are o relaţie cu totul nouă cu copiii săi. „Seara, îi ajut la lecţii, şi băiatul cel mare a hotărât că e o chestie teribilă calculatorul, aşa că acum mă învaţă să lucrez la el. Asta i-a crescut cu adevărat încrederea în el. L-am luat să lucreze la firmă în vara asta, şi e grozav. Nu demult, se plângea că-i obosit, aşa că lipsea de la şcoală de multe ori. Până acum, singurul lucru care părea să-l intereseze era să se uite la televizor tolănit pe canapea.“ În timpul zilei, îşi lasă copiii mai mici cu mama ei, care e infirmă, dar suficient de mobilă ca să vadă de copii. Curând, Ruth Ann a cumpărat o nouă casă, cu ipotecă. „Sunt proprietar de afacere şi posesoarea unei proprietăţi“, a spus, zâmbind. Când interviul nostru s-a apropiat de sfârşit, Ruth Ann a scos ceva din buzunar. „Of, pentru Dumnezeu!“, pufni ea, apăsând pe butoanele pagerului. „Şaisprezece apeluri în vreme ce şedeam aici!“ I-am urat succes, în vreme ce se năpustea de-a curmezişul curţii spre maşina sa. „Am ajuns, ştii“, a strigat chiar înainte să intre în maşină. „Tot drumul, până la degetele de la picioare şi înapoi!“ A pornit motorul şi dusă a fost.

Dacă depresia este o povară ea însăşi, e şi mai traumatică pentru cei cu mai multe boli fizice şi psihice. Cei mai mulţi dintre nevoiaşii depresivi au simptome fizice şi sunt lipsiţi de apărare în faţa atacurilor asupra sistemului lor imunitar epuizat. Dacă e greu să ajuţi pe cineva depresiv să creadă că o viaţă chinuită şi depresia sunt separabile, e şi mai greu să convingi pe cineva împovărat cu o boală fatală că disperarea sa poate fi tratată. De fapt, suferinţa din cauza durerii, suferinţa din cauza condiţiilor de viaţă triste şi suferinţa fără obiect pot fi descâlcite, iar ameliorarea uneia dintre ele le ameliorează, la rândul ei, pe celelalte.

Când Sheila Hernandez a ajuns la Johns Hopkins, ea era, conform medicului ei, „practic moartă“. Avea HIV, endocardită şi pneumonie. Consumul constant de heroină şi cocaină îi afectase circulaţia în aşa măsură, încât nu-şi mai putea folosi picioarele. Medicii i-au pus un cateter Hickman, sperând că, prin alimentarea intravenoasă, o s-o poată întări destul de mult fizic, ca să suporte tratamentul infecţiilor. „Le-am spus să scoată aia din mine, că n-o să stau“, mi-a povestit când ne-am întâlnit. „Am zis: «O să plec cu chestia asta în mine dacă trebuie şi o s-o folosesc ca să bag în ea droguri.»“ În acel moment, a venit la ea Glenn Treisman. Ea i-a spus că nu vrea să stea de vorbă cu el, pentru că o să moară curând şi o să plece din spital şi mai curând. „Ba asta s-o crezi tu“, a zis Treisman. „N-o să ieşi de aici ca să mori prosteşte pe stradă. Asta-i o tâmpenie. E cel mai tembel lucru pe care l-am auzit în viaţa mea. O să stai aici şi o să te laşi de droguri şi o să te vindeci de infecţii, şi, dacă singura cale ca să te ţin aici e să te declar nebună periculoasă, păi exact asta o să fac.“

Sheila a rămas. „Am intrat în spital pe 15 aprilie 1994“, mi-a spus, chicotind uşurel, ironic. „Pe atunci, nici nu mă socoteam fiinţă omenească. Îmi amintesc că şi în copilărie mă simţeam cu adevărat singură. Drogurile au apărut de când am încercat să scap de durerea aceea dinăuntru. Când aveam trei ani, mama m-a dat unor străini, un domn şi o doamnă, şi el a început să abuzeze de mine când aveam paisprezece ani. Mi s-au întâmplat o mulţime de lucruri dureroase, şi tot ce voiam era să uit. Mă trezeam dimineaţa şi eram furioasă că mă trezisem. Simţeam că nu există nici un ajutor pentru mine, pen’ că nu făceam decât să ocup degeaba un loc pe pământ. Trăiam ca să iau droguri şi luam droguri ca să trăiesc, şi, dat fiind că drogurile mă făceau să fiu şi mai depresivă, nu voiam decât să mor.“

Sheila Hernandez a stat în spital treizeci şi două de zile şi a trecut prin dezintoxicare fizică şi tratamente pentru dependenţă. I-au fost administrate antidepresive. „S-a dovedit că tot ce simţisem înainte de a intra în spital fusese greşit. Aceşti doctori mi-au spus că aveam de oferit cutare şi cutare lucru, că aveam şi eu, la urma urmei, o oarecare valoare. Era ca şi cum m-aş fi născut a doua oară.“ Sheila a coborât glasul. „Nu-s bisericoasă, n-am fost niciodată, dar a fost o reînviere, ca lucrul care i s-a întâmplat lui Isus Cristos. Am ajuns pentru prima oară să fiu vie. În ziua în care am plecat, am auzit păsări cântând – şi ştiţi că nu le mai auzisem niciodată? N-am ştiut până-n ziua aia că păsările cântă. Pentru prima oară, am mirosit iarba şi florile – şi chiar şi cerul era nou. Ştiţi, nu dădusem niciodată atenţie norilor.“

Fiica mai mică a Sheilei, care avea şaisprezece ani şi născuse deja primul copil, renunţase la şcoală cu câţiva ani înainte. „Am văzut-o păşind pe drumul dureros pe care-l ştiam“, a spus Sheila. „Cel puţin, am reuşit, de data asta, s-o salvez. Şi-a luat bacalaureatul, iar acum e în anul doi de facultate şi e şi asistentă medicală calificată, lucrează la Churchill Hospital. N-a fost la fel de uşor cu cea mare, dar acum e, şi ea, în sfârşit, la facultate.“ Sheila Hernandez nu s-a mai atins de droguri. După câteva luni, s-a întors la Johns Hopkins – ca administrator. A făcut muncă de asistenţă în timpul unui studiu clinic despre tuberculoză şi a asigurat locuinţe permanente pentru participanţii la studiu. „Viaţa mea e cu totul alta. Fac tot timpul lucrurile astea ca să-i ajut pe alţii – şi, ştiţi, chiar *mă bucur* cu adevărat.“ Starea fizică a Sheilei era acum excelentă. Cu toate că încă era HIV-pozitivă, celulele ei T s-au dublat şi încărcătura virală era nedetectabilă. A avut emfizem rezidual, dar, după un an de inhalaţii de oxigen, a ajuns să se descurce pe cont propriu. „Nu simt că ar fi ceva cum nu trebuie în mine“, a anunţat voioasă. „Am patruzeci şi şase de ani şi plănuiesc să mai stau pe-aici o bună bucată de vreme. Viaţa e aşa cum este, dar aş zice că, cel puţin în cea mai mare parte a timpului, sunt fericită, şi, în fiecare zi, le mulţumesc lui Dumnezeu şi doctorului Treisman că trăiesc.“

După ce am vorbit cu Sheila Hernandez, am urcat împreună cu Glenn Treisman să văd ce notase el pe formularul de internare: „Tulburări multiple, traumatizată, autodistructivă, tendinţă de suicid, depresie sau tulburare bipolară, o epavă din punct de vedere fizic. Nu este mare probabilitatea să trăiască mult; probleme extreme înrădăcinate ar putea împiedica reacţia la strategiile de tratament existente.“ Ceea ce scrisese părea de-a dreptul incompatibil cu femeia pe care o întâlnisem. „Părea, atunci, un caz de-a dreptul disperat“, a zis el, „dar m-am gândit că trebuie să-ncerc.“

În ciuda dezbaterilor ample din ultimul deceniu privind cauzele depresiei, pare să fie destul de clar că este, îndeobşte, consecinţa vulnerabilităţii genetice activate de stresul extern. A căuta depresie în rândurile nevoiaşilor e ca şi cum ai căuta cazuri de emfizem la lucrătorii din minele de cărbune. „Traumele din tot acest areal sunt atât de cumplite şi atât de frecvente“, explică Jeanne Miranda, „încât chiar şi cea mai uşoară formă de vulnerabilitate e susceptibilă să se activeze. Aceste persoane cunosc pe pielea lor frecvente forme de violenţă intruzivă, imprevizibilă, instantanee şi au foarte puţine posibilităţi să-i facă faţă. Ceea ce e surprinzător când examinezi vieţi atât de pline de factori de risc psihosociali e că o proporţie de cel puţin

un sfert din această populaţie *nu* e depresivă.“ *The New England Journal of Medicine* a recunoscut o legătură între „greutăţile economice prelungite“ şi depresie;[625] rata depresiei în rândul nevoiaşilor este cea mai înaltă dintre toate categoriile de populaţie ale SUA. Iar oamenii lipsiţi de resurse sunt mai puţin capabili să-şi revină din evenimentele adverse ale existenţei lor. „Depresia e strâns legată de contrastele sociale“, spune George Brown, care a studiat factorii sociali ce determină stările mentale. „Lipsurile, sărăcia te omoară.“ Depresia e atât de obişnuită în comunităţile nevoiaşe, încât mulţi oameni nici n-o observă sau nu-şi pun întrebări. „Dacă aşa sunt toţi prietenii tăi“, spune Jeanne Miranda, „acest lucru are în el o anumită normalitate teribilă. Şi crezi că durerea ta vine de la lucruri exterioare şi, zicându-ţi că aceste lucruri exterioare nu se pot schimba, presupui că nimic interior nu se poate schimba.“ Asemenea tuturor celorlalţi oameni, la săraci apare, odată cu repetarea episoadelor, o disfuncţie organică, şi aceasta îşi urmează propriul traseu, după propriile legi. Tratamentele care nu iau în calcul viaţa reală a acestei categorii de populaţie nu au şanse de succes; scoaterea cuiva din haosul biologic derivat din traume repetate nu e de cine ştie ce folos dacă acea persoană o să fie traumatizată din nou, constant, tot restul vieţii ei. Dacă persoanele nedepresive sunt uneori în stare să-şi adune slabele resurse ca să schimbe situaţia în care se află şi să scape de unele dintre greutăţile care le caracterizează viaţa, persoanele depresive abia izbutesc să-şi păstreze locul în ordinea socială, cu atât mai puţin să capete un loc mai bun. Aşa încât, în cazul oamenilor săraci, e nevoie de concepţii noi.

Situaţiile traumatice în cazul nevoiaşilor americani nu sunt îndeobşte legate nemijlocit de absenţa banilor. Relativ puţini dintre săracii Americii flămânzesc, dar mulţi suferă de o stare de neputinţă dobândită,[626] care precedă depresia. Starea de neputinţă dobândită, studiată în lumea animală, apare când un animal e supus unui stimul dureros într-o situaţie în care nu e posibilă nici lupta, nici fuga. Animalul intră într-o stare de docilitate ce seamănă mult cu depresia omenească. Acelaşi lucru li se întâmplă oamenilor cu voinţă insuficientă; cel mai alarmant aspect al sărăciei americane este pasivitatea. Ca director al serviciilor pentru pacienţii internaţi la Spitalul Universităţii Georgetown, Joyce Chung a colaborat strâns cu Jeanne Miranda. Joyce Chung se ocupa deja de o categorie de populaţie caracterizată de probleme. „Oamenii pe care-i tratez în general pot cel puţin să programeze o întâlnire şi să urmeze procedura. Ei înţeleg că au nevoie de ajutor şi-l cer. Femeile din studiul nostru n-ar veni niciodată în cabinetul meu din proprie

iniţiativă.“ Joyce Chung şi cu mine discutam acest fenomen în liftul clinicii din districtul Prince George în care se face tratamentul. Am ajuns la parter şi am găsit una dintre pacientele ei acolo, în dreptul uşilor de sticlă ale clinicii, aşteptând taxiul ce fusese chemat pentru ea cu trei ore în urmă. Nu i-a trecut prin cap că taxiul nu mai vine; nu i-a trecut prin cap să încerce să sune la firma de taxiuri; nu i-a trecut prin cap să fie furioasă sau frustrată. Joyce Chung şi cu mine am dus-o cu maşina acasă. „Locuieşte cu tatăl ei, care a violat-o în mod repetat“, a spus Joyce Chung, „pentru că altfel n-ar putea să se descurce cu banii. Îţi pierzi dorinţa de a lupta pentru unele feluri de schimbări când te confrunţi cu astfel de realităţi. Nu putem face nimic ca să-i găsim altă locuinţă; nu putem face nimic în privinţa realităţilor din viaţa ei. Sunt prea multe.“

Până şi cele mai simple aspecte ale vieţii practice sunt, pentru populaţia săracă, extrem de spinoase. Emily Hauenstein spunea: „O femeie mi-a explicat că, atunci când trebuie să vină la clinică, lunea, o sună pe verişoara ei Sadie, care-l roagă pe fratele ei să vină şi s-o aducă, în vreme ce cumnata ei are grijă de copii, în afară de cazul în care face rost de ceva de lucru în acea săptămână, şi atunci o înlocuieşte mătuşa ei, dacă e-n oraş. Apoi, trebuie să vină altcineva s-o ducă acasă, deoarece fratele lui Sadie se duce la lucru după ce o lasă aici. Iar dacă ne întâlnim marţea, intră în scenă cu totul altă distribuţie. Oricum, cam 75 la sută din timp sunt siliţi să anuleze înţelegerea, lăsând-o să schimbe aranjamentele în ultimul minut.“ Acest lucru este la fel de adevărat şi în oraşe. Lolly Washington a ratat o întâlnire într-o zi cu furtună, deoarece, după ce aranjase cu supravegherea celor unsprezece copii şi pusese tot restul la punct, a descoperit că nu are umbrelă. S-a dus, prin ploaia torenţială, cale de cinci străzi, a aşteptat vreo zece minute în staţia de autobuz şi, când a început să dârdâie, udă până la piele, s-a întors acasă. Jeanne Miranda şi terapeuţii ei s-au dus uneori cu maşina acasă la pacienţi şi i-au luat la terapia de grup; Marian Keyner a aranjat să se ducă ea acasă la femei, ca să le scutească de problema de a ajunge la cabinetul ei. „Uneori, n-ai cum să ştii dacă e vorba de împotrivire la tratament, cum ai presupune în cazul unui pacient din clasa de mijloc“, spunea Marian Keyner, „sau pur şi simplu prea multe obstacole în viaţa lor ca să răzbească şi să-şi respecte întâlnirile.“

Joyce Chung a spus că una dintre pacientele sale „era foarte uşurată când o sunam pe vremea când făceam cu ea terapie prin telefon. Şi totuşi, când am întrebat-o dacă m-ar fi sunat ea pe mine, a spus «Nu.» Să dau de ea, s-o fac

să-mi telefoneze – e aşa de greu, şi nu o dată am fost pe cale să renunţ. I se termină medicamentele şi nu se sinchiseşte. Trebuie să trec pe la ea şi să-i dau medicamentele de pe reţetă. Mi-a trebuit mult până să pricep că purtarea ei nu însemna că nu vrea să vină. Pasivitatea ei era, de fapt, caracterologică, nu era atipică pentru o persoană care a suferit în copilărie abuzuri repetate.“

Pacienta respectivă, Carlita Lewis, este o persoană care a fost vătămată până în miezul fiinţei sale. Se pare că, având peste treizeci de ani, nu-şi mai poate schimba substanţial viaţa; tratamentul a schimbat cu adevărat doar modul în care-şi percepe propria viaţă, însă efectul pe care acea schimbare a percepţiei îl are asupra celor din jurul ei este substanţial. În copilărie şi adolescenţă, tatăl i-a făcut viaţa coşmar, până ce a fost destul de mare ca să riposteze. A renunţat la şcoală când a rămas însărcinată. Fiica ei, Jasmine, s-a născut cu anemie falciformă. Carlita a avut, probabil, încă din copilărie o tulburare de dispoziţie. „Cele mai mărunte lucruri mă *enervau*, şi o luam razna“, mi-a povestit. „Mă luam la harţă. Uneori, doar plângeam şi tot plângeam, până mă apuca durerea de cap, şi apoi durerea de cap ajungea atât de rea, că-mi venea să mă omor.“ Putea deveni cu uşurinţă violentă; o dată, la cină, l-a împuns pe unul dintre fraţii săi în cap cu furculiţa şi aproape că l-a omorât. De câteva ori, a luat supradoze de pastile. După mai mulţi ani, cea mai bună prietenă a sa a găsit-o după o încercare de suicid şi i-a spus: „Ştii cât de mult te iubeşte fiica ta. Jasmine nu are în viaţa ei un tată, şi acum n-o să aibă nici mamă. Cum crezi că o să-i fie? O să ajungă la fel ca tine dacă te omori.“

Jeanne Miranda credea că problemele Carlitei depăşeau nivelul situaţional, şi i-a prescris paxil. De când a început să ia medicamente, Carlita a vorbit cu sora ei despre ceea ce le-a făcut tatăl lor, nici una dintre ele neştiind până atunci că s-a întâmplat şi cu cealaltă. „Sora mea nu mai vrea să ştie niciodată de tata“, a spus Carlita, care nu-şi lasă niciodată fiica singură în casă cu bunicul. „Înainte, se-ntâmpla să nu-mi pot vedea fiica zile în şir, de teamă să nu-mi vărs nervii pe ea“, a spus Carlita. „Nu voiam s-o lovească nimeni, niciodată, şi cel mai puţin s-o lovesc eu, iar în acele momente aş fi fost gata s-o lovesc.“

Când o copleşeşte tristeţea, Carlita îi poate face faţă. „«Ce-i cu tine, mamă?», întreabă Jasmine, şi eu zic: «Nimic, sunt doar obosită.» Încearcă să mă tragă de limbă, dar apoi zice: «Mami, totul o să fie bine, nu-ţi face griji» şi mă ia în braţe, mă pupă şi mă bate uşurel pe spate. Acum e multă iubire între noi tot timpul.“ Dat fiind că Jasmine pare să aibă firea Carlitei, această

capacitate de a o creşte fără mânie semnalează un mare salt înainte. „Jasmine zice: «O să fiu întocmai ca mami», iar eu nu zic decât: «Sper că nu», şi cred că o să-i fie bine.“

Mecanismele prin care putem obţine o schimbare pozitivă în viaţă sunt incredibil de simple, iar cei mai mulţi dintre noi le învăţăm în copilărie, în interacţiunile materne, care demonstrează o legătură între cauză şi efect. Mi-am observat cei cinci fini, care au între trei săptămâni şi nouă ani. Cel mai mic plânge ca să obţină atenţie şi hrană. Cel de doi ani încalcă regulile, ca să vadă ce poate şi ce nu poate să facă. Celei de cinci ani i s-a spus că-şi poate zugrăvi camera în verde dacă e în stare s-o păstreze curată timp de şase luni. Cel de şapte ani a colecţionat reviste despre maşini şi a căpătat cunoştinţe enciclopedice despre automobile. Cel de nouă ani a anunţat că nu vrea să se ducă la şcoală în alt oraş, aşa cum a făcut tatăl său, a făcut apel la sentimentele părinteşti şi la raţiune, şi acum e înscris la o şcoală locală. Fiecare dintre ei are voinţă şi o să crească având simţul puterii. Această afirmare timpurie a puterii va avea mult mai mult efect decât relativa bunăstare şi inteligenţa acestor copii. Absenţa unei persoane care să reacţioneze la aceste manifestări, fie şi negativ, e catastrofală. Marian Keyner spune: „A trebuit să le dăm unor pacienţi liste cu sentimente şi să-i ajutăm să înţeleagă ce este un sentiment, astfel încât să poată şti ce fac, nu să-şi reprime pur şi simplu viaţa afectivă. A trebuit apoi să-i convingem că pot să-şi varieze aceste sentimente. Am trecut, după aceea, la stabilirea de obiective. Pentru unii dintre aceşti oameni, până şi ideea de a-ţi schiţa în minte ceea ce vrei şi de a ţi-o exprima ţie însuţi e ceva revoluţionar.“ M-am gândit atunci la Phaly Nuon, care s-a străduit în Cambodgia să-i înveţe pe oameni cum să simtă, după paralizia produsă de perioada khmerilor roşii. M-am gândit la cât de greu e să nu-ţi cunoşti sentimentele. M-am gândit la misiunea de a-i pune pe oameni de acord cu propria minte.

„Am uneori impresia că refacem, în noul mileniu, grupurile de sensibilizare a conştiinţei din anii ’60“, a spus Jeanne Miranda, care ea însăşi a crescut printre „lucrătorii săraci“ din zona rurală a statului Idaho, dar n-a suferit „demoralizarea pe termen lung“ pe care o întâlneşte acum zilnic la oamenii care sunt „fără serviciu şi fără respect de sine“.

Danquille Stetson face parte dintr-un mediu dur, delincvent, din zona rurală din Sud. Este afro-americană în mijlocul prejudecăţilor rasiale şi al violenţei şi se simte ameninţată din toate părţile. Are la ea un pistol. Este o

analfabetă funcţională. Locuinţa lui Danquille, unde am stat de vorbă, este o rulotă veche, şubredă, cu ferestrele blocate şi mobilată cu vechituri. Singura lumină din încăpere venea de la televizor, unde, în tot timpul conversaţiei noastre, a rulat *Planeta maimuţelor*. Cu toate acestea, locul era curat, şi nu neplăcut.

„Îi ca o rană“ a fost primul lucru pe care l-a zis când am intrat, sărind peste orice prezentare. „Îi de parcă ţi-ar scoate cu ghearele inima din piept, şi tot timpu-i aşa, de parcă cineva ar lua un cuţit şi l-ar tot băga-n tine.“ În copilărie, Danquille a fost agresată sexual de bunicul din partea mamei, şi le-a spus părinţilor. „Nu s-or sinchisit, or măturat-o sub preş“, a spus ea, şi agresarea a continuat ani întregi.

Adesea, era greu de spus ce anume din mintea lui Danquille ţinea de Marian Keyner, ce anume ţinea de paxil şi ce anume ţinea de Dumnezeu. „Când m-am apropiat de Domnul“, mi-a spus, „El m-o adus în depresie şi tot El m-o scos din ea. M-am rugat la Domnul să m-ajute şi El mi-o trimes-o pe doctoriţa Marian, şi ea mi-o zis să gândesc mai pozitiv şi să iau pastilele aistea, ş-am putut fi mântuită.“ Controlarea gândirii negative ca modalitate de a provoca o schimbare comportamentală este esenţa terapiei cognitive. „Nu-ş’ de ce, bărbată-miu mă tot bătea“, a zis Danquille, lovindu-şi braţul, „da’ după el am tot fugit de la un bărbat la altul, căutând iubire în toate locurile unde nu era.“

Copiii lui Danquille au acum douăzeci şi patru, nouăsprezece şi treisprezece ani. Cea mai mare revelaţie a ei în timpul tratamentului a fost una fundamentală. „Am priceput că ceea ce fac părinţii îi afectează pe copii. Ştiai? Io habar n-aveam. Ş-am făcut o groază de lucruri ce nu trebuia. Mi-am făcut băiatu’ să trăiască-n iad, băiatu’ meu. De-aş fi fost mai deschisă la minte – da’ pe vremea aia nu ştiam. Aşa c-acuma şed cu copiii mei şi le zic: «De vine cineva la voi şi zice că mama voastră o făcut ş-o dres, vă zic acum că-i adevărat. Să nu care cumva să faceţi ce-am făcut io.» Şi le-am zis: «Nimica nu-i aşa rău ca să nu puteţi veni să-mi ziceţi mie.» Şi asta-i fiindcă, de-aş fi avut io pe cineva care să m-asculte şi să mă-ncurajeze că totu’ o să fie bine, ar fi fost cu totu’ altminteri, văd asta acum. Părinţii nu pricep că multe din necazurile tale vin de la ei, *ei* îs de vină când te apuci să caţi iubire în toate locurile unde nu-i. Am un prieten bun, io i-am trimis banii să poată ieşi din pârnaie când şi-o împuşcat nepotu’ – o văzut-o pe mă-sa cu bărbaţi, şi-a pus-o cu ei în maşină, sub ochii lui, şi asta l-o făcut aşa cum îi. Mă-sa habar n-are nici azi. Orice faci pe-ntuneric iese oarecând la lumină.“

Danquille a devenit acum un soi de liman comunitar, învăţându-i pe prieteni şi pe străini metodele sale de controlare a depresiei. „O droaie de tipi mă-ntreabă: «Cum de te-ai schimbat?» Fiindcă gândesc pozitiv, râd tot timpu’, zâmbesc tot timpu’. Acuma, mie mi s-a-ntâmplat asta, că Domnu’ a-nceput să-mi trimită oameni să m-ajute. Am zis: «Doamne, dă-mi, rogu-te, ce vrea ei s-audă şi-ajută-mă s-ascult.»“ Danquille ascultă acum ce-i spun copiii ei şi ascultă oamenii pe care îi cunoaşte de la biserică. Când cineva de-acolo a avut gânduri de sinucidere, „i-am zâs: «Nu eşti de unu’ singur. Aşa am fost şi io». Şi-am zis: «Io am scos-o la capăt. Nimica nu-i aşa rău să n-o poţi scoate la capăt.» Am zis: «Începe să gândeşti pozitiv şi-ţi jur că fata aia care acuma îţi dă cu picioru’ o să te cate.» El mi-a zis: «De nu erai tu, acu’ eram mort.»“ Danquille are un nou loc în familia sa. „Am stricat oleacă obiceiu’. Nepoatele mele vin la mine, în loc să se ducă la părinţii lor, şi obiceiu’ de nu ascultă îi stricat. Îmi zic: «De când am început să grăiesc cu tine, vreau să trăiesc.» Şi le zic la toţi, de ai vreun năcaz, poţi fi ajutat. D-aia i-a lăsat Domnu’ pe lume pe doctori, ca să te-ajute. Le zic asta-n gura mare, nu-s decât câni ce se mâncă-ntre ei. Şi oricine poate fi mântuit. A fost o femeie, a băut şi-a fumat şi-a umblat cu bărbatu-miu, taman cu el, ş-apoi cu nou’ meu iubit, da’ când o fi la greu o s-o ajut, că nu poa’ s-ajungă mai bună de nu-i cineva s-o ajute.“

Oamenii săraci depresivi nu sunt reprezentaţi în statisticile despre depresie, deoarece cercetarea reflectată de aceste statistici se bazează, în primul rând, pe lucrul cu persoane cuprinse în planurile de sănătate existente, care sunt deja o categorie de populaţie din clasa mijlocie – sau, cel puţin, încadrată în muncă. Crearea de aşteptări în rândurile categoriilor de populaţie dezavantajate e o chestiune încâlcită, şi e adevărat că poate fi periculos să sădeşti în mintea oamenilor scopuri false. „N-o să-ncetez niciodată să mă duc la doctoriţa Chung“, mi-a spus în taină o femeie, cu toate că parametrii reali ai studiului i-au fost explicaţi de mai multe ori. E sfâşietor gândul că, dacă ea va mai avea peste câţiva ani o prăbuşire, poate că nu va fi în stare să primească ajutorul care a scos-o la lumină – cu toate că toţi terapeuţii implicaţi în aceste studii simt o obligaţie morală de a continua să ofere, cu sau fără plată, servicii elementare pacienţilor lor. „A nu face tratament unor oameni cu suferinţă acută pentru că asta o să creeze aşteptări“, spune Emily Hauenstein, „înseamnă să ignori o problemă etică mare din cauza uneia mici. Facem tot ce ne stă în puteri ca să le dăm oamenilor o serie de aptitudini pe care să le poată folosi singuri în altă situaţie – să facem tot ce putem ca să-i ajutăm să rămână pe linia de plutire.“ Costul medicaţiei continue e o

problemă enormă. Problema e rezolvată parţial de programe industriale care distribuie săracilor antidepresive, dar acestea de-abia încep să acopere necesităţile. O doctoriţă energică din Pennsylvania pe care am cunoscut-o mi-a spus că are „camioane de mostre“ de la reprezentanţii farmaceutici pe care să le dea pacienţilor săi nevoiaşi. „Le spun că o să folosesc produsul lor ca primă linie de tratament la pacienţii care pot să plătească şi la care există probabilitatea să-l ia toată viaţa“, a zis. „Le spun că am nevoie, în schimb, de un stoc aproape nelimitat de produs ca să-mi pot trata gratuit pacienţii cu venituri scăzute. Scriu o grămadă de reţete. Reprezentanţii, isteţi, spun totdeauna «da».“

Schizofrenia apare de două ori mai frecvent la categoria de populaţie cu venituri scăzute decât la clasa de mijloc.[627] Cercetătorii au presupus iniţial că dificultăţile declanşează într-un fel schizofrenia; dar cercetări mai recente au arătat că schizofrenia duce la dificultăţi: boala mintală e costisitoare şi derutantă, iar o boală cronică apărută în tinereţe şi care afectează productivitatea tinde să împingă cu una sau două trepte mai jos pe scara socială întreaga familie a bolnavului. Această „ipoteză a derapajului“ pare să fie valabilă şi pentru depresie. Glenn Treisman spune despre categoria nevoiaşilor cu HIV: „Mulţi dintre aceşti oameni n-au avut nici un succes în toată viaţa lor. Nu pot avea o relaţie sau implicare pe termen lung într-o muncă.“ Oamenii cred că depresia e consecinţa HIV, adesea însă e, de fapt, un antecedent. „Dacă ai o tulburare de stare sufletească, eşti mult mai neglijent în privinţa sexului şi a acelor pe care le foloseşti“, spune Treisman. „Foarte puţini oameni se aleg cu HIV din cauza unui prezervativ rupt. Mulţi se aleg cu HIV când nu mai găsesc destulă energie ca să le pese. Aceştia sunt oamenii complet demoralizaţi de viaţă şi care nu-i mai găsesc nici un rost. Dacă am avea tratamente pentru depresie care să fie mult mai disponibile, bănuiesc, pe baza experienţei mele clinice, că rata infectării cu HIV în ţara asta ar fi redusă cu cel puţin jumătate, având drept consecinţă uriaşe economii în domeniul sănătăţii publice.“ Costurile sănătăţii publice pentru o boală care face oamenii să se infecteze cu HIV şi apoi îi face să nu se mai poată îngriji aşa cum se cuvine de ei (şi de alţii) sunt de-a dreptul gigantice. „HIV îţi ia toţi banii şi bunurile şi, adesea, prietenii şi familia. Societatea te privează de drepturi. Aşa că oamenii ăştia se prăbuşesc de-a binelea.“ Toţi cercetătorii pe care i-am cunoscut au subliniat nevoia de tratament, dar au vorbit şi despre nevoia de tratament *bun*. „Sunt cu adevărat puţini cei cărora le-aş încredinţa îngrijirea acestor oameni“, a spus Emily Hauenstein. Standardele sănătăţii

mintale pentru puţinii nevoiaşi care sunt îndeajuns de bolnavi ca să primească tratament – în afara acestor studii – sunt cumplit de scăzute.

Singurii bărbaţi depresivi cu care am stat de vorbă sunt HIV-pozitivi. Se numără printre puţinii care au fost siliţi să se confrunte cu realitatea depresiei lor – deoarece felul în care se manifestă depresia la bărbaţii nevoiaşi îşi are finalitatea mai curând la închisoare sau la morgă decât în formule de tratare a depresiei. Când tulburările lor sufleteşti le sunt remarcate, bărbaţii se lasă, cu siguranţă, mult mai greu decât femeile atraşi în terapia antidepresivă. Le-am întrebat pe femeile cu care am stat de vorbă dacă soţii sau iubiţii lor ar putea fi depresivi, şi multe au zis da; şi toate mi-au povestit despre fiii lor depresivi. Una dintre femeile din studiul lui Jeanne Miranda a spus că iubitul ei, care i-a făcut nişte vânătăi, a mărturisit că vrea să găsească un grup căruia să i se alăture – dar ideea de a merge până la capăt îi pare „prea jenantă“.

Am fost uluit când Fred Wilson a venit să stea de vorbă cu mine într-o după-amiază, la Hopkins. Avea vreo doi metri şi purta inele de aur, un medalion de aur cât pumnul şi ochelari de soare; avea capul aproape ras; avea muşchi impresionanţi; şi părea să ocupe de vreo cinci ori mai mult spaţiu decât mine. Era exact genul de persoană pe care o ocolesc, trecând pe celălalt trotuar, şi, în vreme ce vorbeam, mi-am dat seama că asta-i o politică bună. Înainte, lua multe droguri şi, ca s-o poată face, jefuia trecătorii, spărgea case şi magazine, dobora bătrâne ca să le fure poşeta. Trăise o vreme pe stradă şi era dur. Cu toate că stârnea o indignare îndreptăţită, bărbatul ăsta înspăimântător avea un aer de disperare şi singurătate.

Deschiderea lui Fred spre ideea de terapie a avut loc când a recunoscut că avea o tulburare sufletească şi că asta l-a împins, probabil, către droguri, că nu heroina l-a dat pur şi simplu peste cap. Era, când l-am văzut eu, în căutare de antidepresive care să-l ajute. Fred avea charismă şi un rânjet de mardeiaş; ştiuse cum e să fii pe val. „Întotdeauna m-am priceput să capăt ce voiam. Şi, când ai priceperea asta, nu munceşti cu adevărat ori chestii d-astea, doar te duci şi iei. Nu ştiam cum e să ai răbdare. Nu existau hotare“, a zis. „Nu existau precauţii, pricepi ce zic? Doar să capăt ce voiam şi să mă droghez. Să mă droghez, pricepi? Cu asta, aflam un soi de împăcare. Mă ajuta să trec peste vinovăţie şi ruşine.“ Fred a făcut testul HIV după ce a fost „luat de pe stradă şi azvârlit în închisoare“, şi, curând după aceea, a aflat că şi mama lui e pozitivă. De când ea a murit de SIDA „nu mai părea să conteze nimic, pentru că rezultatul ultim al vieţii o să fie totdeauna moartea. Am nişte scopuri, omule, mă gândesc la alte lucruri pe care trebuie să le fac, pricepi? Dar,

oricum, pur şi simplu începe să-mi placă şi mai puţin de mine. Apoi, într-una dintre dăţile când am fost arestat, pe când trăiam pe stradă, mi-am dat seama că trăiam aşa cum trăiam din pricina alegerilor pe care le făceam. M-am schimbat ca să-nfrunt asta, pricepi ce zic? Căci eram singur tot timpul. Şi n-o să-ţi dea nimeni droguri când ai nevoie de ele decât dacă ai bani ca să le plăteşti.“

Lui Fred i se prescriseseră medicamente pentru HIV, dar nu le mai luase de o vreme, pentru că nu-l făceau să se simtă bine. Efectele secundare erau slabe, şi nu era prea incomod să ia medicamentele, dar, „pân’ să dau ortu’ popii, aş putea să mă distrez niţel“, mi-a spus. Medicii care se ocupă de problema lui cu HIV, dezamăgiţi, l-au convins să se ţină de antidepresive; ei speră că aceste medicamente o să trezească în el dorinţa de a rămâne în viaţă, de a lua inhibitorii de protează.

Voinţa e adesea cea mai bună barieră pentru depresie, şi, la această categorie de populaţie, voinţa de a merge mai departe şi capacitatea de a suporta traumele sunt adesea excepţionale. Personalitatea multora dintre nevoiaşii depresivi e atât de pasivă, încât nu au aspiraţii, şi aceste persoane pot fi cel mai greu de ajutat. Altora le-a mai rămas un strop din pofta de viaţă chiar şi în timpul depresiei.

Theresa Morgan, una dintre pacientele lui Emily Hauenstein şi Marian Kyner, e o femeie blândă, a cărei viaţă a fost presărată cu o doză incredibilă de oroare. Trăieşte într-o casă cam cât două rulote, în mijlocul districtului Buckingham, Virginia, la vreo zece kilometri sud de autostrada Faith Congregation şi la vreo zece kilometri nord de biserica baptistă Gold Mine. Când ne-am întâlnit, mi-a spus povestea ei foarte amănunţit, ca şi cum toată viaţa şi-ar fi făcut însemnări.

Mama Theresei a rămas gravidă la cincisprezece ani, când avea şaisprezece a născut-o pe Theresa, iar, când avea şaptesprezece ani, tatăl Theresei a bătut-o atât de rău, că a trebuit să se târască afară din casă. Bunicul Theresei i-a spus mamei ei să plece şi să se ascundă pe undeva, că, dacă se mai arată pe acolo, dacă încearcă măcar să ia legătura cu Theresa, o s-o trimită la închisoare. „Tăticu’ avea atunci douăzeci şi doi de ani, aşa că el e ticălosul cel mare – dar îmi spuneau că ea era o târfă, că o să fiu şi eu o târfă ca ea. Iar tăticu’ îmi spunea că i-am distrus viaţa doar prin naşterea mea“, mi-a spus Theresa.

Cu ceva vreme în urmă, Theresei i s-a diagnosticat o tumoare benignă neoperabilă, un hemangiom localizat între rect şi vagin. A fost agresată

sexual de rudele apropiate în fiecare noapte, de când a împlinit cinci ani până la nouă ani, când unul dintre făptaşi s-a însurat şi a plecat de acasă. Bunica i-a spus că bărbaţii conduc familia şi că trebuie să-şi ţină gura. Theresa se ducea la biserică şi la şcoală, şi în asta se încadra viaţa ei. Bunica era adeptă a disciplinei severe, ceea ce însemna atacuri zilnice cu orice obiect din casă îi cădea în mână: biciuiri cu cabluri electrice, bătăi cu coada măturii şi cu tigăi. Bunicul se ocupa cu deratizarea şi, de când împlinise şapte ani, Theresa şi-a petrecut mult timp pe sub case, încercând să prindă şerpi. În clasa a VIII-a, Theresa a luat o supradoză din medicamentele pentru inimă ale bunicii. Medicii de la spital i-au golit stomacul şi i-au recomandat terapie, dar bunicul a zis că nimeni din casa lui n-are nevoie de ajutor.

În clasa a XI-a, Theresa s-a dus la prima ei întâlnire, cu un tip pe nume Lester, care „mi-a mers la inimă, pentru că puteam vorbi unul cu altul fără ascunzişuri“. Când Lester a condus-o acasă, a apărut tatăl ei, care şi-a ieşit din minţi. Nu avea decât puţin peste un metru şi jumătate, dar cântărea peste o sută cincizeci de kilograme, şi s-a aşezat pe Theresa (care are sub un metru şi jumătate şi, pe atunci, cântărea cincizeci şi două de kilograme) şi i-a izbit capul de pământ ore întregi, până ce sângele a început să i se scurgă printre degete. Fruntea şi pielea capului Theresei sunt şi acum pline de cicatrice atât de mari, că par să fie de la arsuri. În noaptea aceea, i-a mai rupt două coaste, falca, braţul drept şi patru degete de la picioare.

În vreme ce Theresa îmi spunea povestea, fiica ei de nouă ani, Leslie, se juca pe acolo cu un pui de teckel. Amănuntele păreau să-i fie la fel de cunoscute cum sunt Patimile pentru un om bisericos. Însă le înregistra: Leslie devenea agresivă cu câinele când era pomenită o oroare. Dar n-a plâns deloc şi nu ne-a întrerupt deloc.

După bătaia de pomină, Lester i-a propus să se mute la familia lui, „şi, timp de trei ani, a fost minunat. Dar el voia cu adevărat să fiu ca mama lui, să nu muncesc, nici măcar să nu conduc maşina, doar să stau acasă şi să-i spăl lui rufăria. Nu voiam asta.“ Theresa a rămas însărcinată şi s-au căsătorit. Lester şi-a dovedit independenţa „umblând cu altele“, în vreme ce Theresa se îngrijea de prunc. „Lui Lester i-a plăcut de mine, pentru că gândeam“, a spus Theresa. „I-a plăcut când i-am spus unele lucruri. L-am făcut să asculte jazz bun, altceva decât chestiile alea interpretate de Lynyrd Skynyrd. I-am vorbit de pictură şi poezie. Iar acum, voia să stau acasă, şi cu mama lui, pentru că era casa ei.“

La un an după aceea, la scurtă vreme după ce s-a născut Leslie, Lester a

avut un atac cerebral grav, care i-a distrus cea mai mare parte a emisferei stângi. Avea douăzeci şi doi de ani, era operator de utilaje grele pentru construcţia de drumuri, iar acum era pe jumătate paralizat şi nu putea să vorbească. În lunile următoare, înainte ca doctorii să-i descopere problema de bază – o formă de lupus care determina formarea de cheaguri de sânge –, alt blocaj i-a distrus piciorul, care a fost apoi amputat; alte cheaguri i-a vătămat plămânii. „Aş fi putut să plec“, a spus Theresa.

Leslie s-a oprit din joacă şi s-a uitat în sus la ea, o privire goală, ciudată.

„Dar Lester era iubirea vieţii mele, chiar dacă am avut şi momente grele, iar eu nu renunţ aşa uşor la ceva. M-am dus să-l văd la spital, şi avea un ochi închis şi unul deschis. Faţa începuse să i se umfle, iar trăsăturile îi căzuseră într-o parte. Îi luaseră osul din partea stângă a capului, pentru că umflătura era prea mare, pur şi simplu i-au tăiat ţeasta. Dar era mulţumit să mă vadă.“ Theresa a stat cu el în spital, l-a învăţat să folosească plosca, l-a ajutat să urineze, a început să înveţe gesturile prin care comunicau acum.

Theresa s-a oprit un pic din povestire. Leslie a venit la mine şi mi-a dat o fotografie. „Împlineai doi ani, nu, iubito?“ i-a spus Theresa cu blândeţe. În fotografie, un bărbat uriaş şi chipeş, înfăşurat în bandaje ca o mumie şi legat la monitoare, strângea în braţe o fetiţă firavă. „Asta era la patru luni după atacul cerebral“ a spus Theresa, iar Leslie mi-a luat ceremonios poza din mână.

Lester s-a întors acasă după şase luni. Theresa şi-a găsit un post cu program întreg la o fabrică, unde croia haine de copii. Trebuia să lucreze în apropierea casei, ca să se ducă la câteva ore o dată să vadă cum se simte Lester. În ziua în care şi-a luat carnetul de conducere, i l-a arătat lui Lester, iar el a plâns. „Acum poţi să mă părăseşti“, a spus el prin semne. Theresa a râs, amintindu-şi asta. „Dar a văzut că nu-i aşa.“

Personalitatea lui Lester s-a deteriorat. Stătea treaz noaptea şi o striga pe Theresa din oră-n oră, ca să-l ajute să-şi facă nevoile. „Veneam acasă şi pregăteam cina, spălam vasele şi câte două mormane de haine, făceam curăţenie prin casă şi mă lua somnul, uneori mă prăbuşeam chiar acolo, în bucătărie. Lester îşi suna mama, şi, când ea îi auzea răsuflarea, suna la noi şi mă trezea. El nu voia să mănânce la cină şi apoi mă punea să-i fac un sandvici. Încercam să fiu luminoasă şi veselă tot timpul, să nu-l fac să se simtă prost.“ Lester şi Leslie se luptau mult pentru atenţia Theresei; se zgâriau şi-şi smulgeau unul altuia părul. „Am început să pierd controlul“, a spus Theresa. „Lester nici măcar nu încerca să facă exerciţiile fizice, şi şi-a

pierdut din ce în ce mai mult mobilitatea şi a ajuns enorm, gras. Presupun că eram într-o perioadă egocentrică şi n-am putut să fiu înţelegătoare cu el, cum ar fi trebuit.“

Stresul a făcut ca hemangiomul Theresei, pe care-l ignorase o vreme, să se extindă, şi a început să sângereze mult prin rect. Theresa devenise şefă de echipă, dar munca ei continua să implice opt ore de stat în picioare în fiecare zi. „Asta, şi sângerarea, şi îngrijirea lui Lester, şi Leslie – ei bine, presupun că ar fi trebuit să fac faţă presiunii, dar am scăpat hăţurile. Aveam un pistol Remington de calibrul 22 cu ţeavă de douăzeci şi şapte de centimetri. M-am aşezat pe podeaua bucătăriei, am rotit butoiaşul, mi l-am băgat în gură şi am apăsat pe trăgaci. Apoi, am făcut-o iar. Era aşa de bine cu arma aia-n gură! Apoi, Leslie a bătut la uşă şi a zis: «Mamă, te rog, nu mă părăsi. Te rog.» Am lăsat jos pistolul şi am făgăduit că n-o să mă duc nicăieri fără ea.“

„Aveam patru ani“, a zis Leslie, mândră. „După asta, am dormit cu tine în fiecare noapte.“

Theresa a sunat la numărul de telefon al unui centru de criză pentru prevenirea suicidului şi a vorbit la telefon patru ore. „Plângeam în hohote. Lester avea o infecţie cu stafilococ. Eu am avut apoi pietre la rinichi. Durerea fizică era atât de mare, că i-am spus doctorului c-o să-i smulg pielea de pe faţă dacă nu mă ajută. Când corpul te lasă baltă, mintea vrea şi ea o pauză. Nu puteam să mănânc; nu dormisem de o lună, eram atât de încordată, durerea era atât de îngrozitoare şi sângeram atât de tare, că mai devenisem, peste toate, şi anemică. Umblam de colo-colo ieşită din minţi.“ Doctorul ei a dus-o la Marian Kyner. „Marian mi-a salvat viaţa, nu-ncape îndoială. M-a învăţat cum să gândesc din nou.“ Theresa a început să ia paxil şi xanax.

Marian Kyner i-a spus Theresei că nu există vreo putere care s-o silească să facă tot ce face, că trebuie ca ea să creadă că merită efortul. La puţin timp după aceea, într-o noapte, când nu s-a mai putut descurca cu Lester, Theresa a lăsat din mână tigaia şi a spus calm: „Hai, Leslie. Ia-ţi nişte haine şi plecăm.“ Lester şi-a amintit brusc că Theresa are puterea să-l părăsească şi s-a prăbuşit pe podea, plângând şi implorând. Theresa a luat-o pe Leslie şi s-au plimbat cu maşina trei ore, „ca să-i dăm lui tati o lecţie“. Când s-au întors, l-au găsit copleşit de păreri de rău – şi a început viaţa lor cea nouă. Ea a aranjat ca el să primească prozac. Şi a explicat povara pe care viaţa lor o pune pe umerii ei. Doctorii i-au spus Theresei că, pentru a împiedica sângerarea hemangiomului, nu trebuie să umble sau să facă mişcare dacă nu e nevoie. „Încă îl scot pe Lester din maşină şi încă îi ridic scaunul cu rotile. Încă mai

deretic prin casă. Dar Lester a trebuit să înveţe destul de repede să fie independent.“ Din motive de sănătate, Theresa a trebuit să renunţe la serviciu.

Lester are acum o slujbă, împătureşte şorţuri într-o spălătorie. E luat de un autobuz special pentru persoanele cu dizabilităţi şi se duce acolo în fiecare zi. Acasă, spală vasele şi, uneori, chiar ajută la curăţenia cu aspiratorul. Având o dizabilitate, primeşte 250 de dolari pe săptămână, din care trăiesc.

„Nu l-am părăsit niciodată“, a spus Theresa. Şi-a recăpătat deodată mândria: „Mi-au spus că o să mă epuizez, dar acum ne e bine. Putem vorbi despre orice. Fusese un bădăran şi jumătate, iar acum a căpătat vederi largi. L-am scăpat de o parte din prejudecăţile şi ura cu care a crescut.“ Lester a învăţat să urineze singur şi se poate îmbrăca aproape complet cu o singură mână. „Vorbim în fiecare zi şi-n fiecare seară“, a spus Theresa. „Şi ştiţi ceva? E singura iubire a vieţii mele şi, chiar dacă-mi pare rău de multe lucruri care s-au întâmplat, n-aş vrea să renunţ la nimic legat de noi şi de familia asta. Dar, dacă nu era Marian, aş fi aşteptat să sângerez până muream şi, cu asta, basta.“

La vorbele astea, Leslie s-a aşezat în poala Theresei. Theresa a început s-o legene. „Şi anul ăsta“, a zis Theresa, cu o încântare bruscă, „mi-am găsit mama. I-am căutat numele de familie în cartea de telefon şi, după vreo cincizeci de telefoane, am dat de un văr şi am făcut ceva investigaţii şi, când a răspuns la telefon, a zis c-a aşteptat toţi anii ăştia, sperând că o s-o sun. Acum, e cea mai bună prietenă a mea. O vedem mereu.“

„O iubim pe bunica“, a zis Leslie.

„Da, o iubim“, a confirmat Theresa. „Ea şi cu mine am avut parte de aceeaşi purtare aspră din partea tatei şi a familiei lui, aşa că avem multe în comun.“ Theresa a spus că probabil n-o să mai poată să stea în picioare şi să muncească în fabrică. „Cândva, când Leslie o să poată avea grijă de Lester serile, şi dacă doctorii o să mă lase să mă mişc mai mult, dacă o să poată controla hemangiomul, o să-mi termin liceul la seral. Am învăţat despre pictură, poezii şi muzică de la o profesoară negresă, domnişoara Wilson, la liceu. O să mă duc înapoi şi o să învăţ mai multe despre scriitorii pe care-i iubesc cel mai tare, Keats, Byron, Edgar Allan Poe. Săptămâna trecută, i-am citit lui Leslie *Corbul* şi *Annabel Lee* – nu-i aşa, iubito? –, când am luat cartea aceea de la bibliotecă.“ M-am uitat la reproducerile de pe pereţi. „Îmi place Renoir“, a spus. „Să nu credeţi că sunt înfumurată, dar chiar îmi place asta, şi aceea cu calul, a unui pictor englez. Şi-mi place şi muzica, îmi place să-l ascult pe Pavarotti când e la radio.

Ştiţi ce voiam când eram mică, în casa aia îngrozitoare? Voiam să fiu arheolog şi să mă duc în Egipt şi Grecia. Discuţiile cu Marian m-au împiedicat să ajung la epuizare şi, de asemenea, m-au făcut să *gândesc* iarăşi. Mi-era atât de dor să-mi folosesc mintea! Marian e atât de deşteaptă şi, după ani întregi numai cu Leslie şi cu un soţ care n-a terminat nici clasa a noua şi nu poate să vorbească…“ A rămas un minut pe gânduri. „Doamne, sunt lucrurile astea frumoase care aşteaptă acolo. O să le găsim, Leslie, nu-i aşa c-o să le găsim pe toate? Aşa cum am găsit poeziile alea.“ Am început să recit *Annabel Lee*, şi Theresa mi s-a alăturat. Leslie privea cu atenţie, în vreme ce mama ei şi cu mine scandam primele dintre acele versuri americane. „«Dar iubirea ne-a fost mai presus de iubire»“,[628] a spus Theresa, ca şi cum ar fi descris călătoria făcută chiar de ea.

O parte din greutatea de a obţine servicii mai bune pentru aceşti oameni este blocada neîncrederii. Am scris o primă versiune a acestui capitol ca articol într-o revistă de largă circulaţie, şi mi s-a spus că trebuie să-l rescriu din două motive. Primul, pentru că vieţile pe care le-am descris sunt neverosimil de îngrozitoare. „Devine comic“, mi-a spus un redactor. „Vreau să zic că nimănui nu i se pot întâmpla toate chestiile astea, iar, dacă i se întâmplă, nu-i de mirare că-i depresiv.“ Cealaltă problemă era faptul că vindecarea a fost prea rapidă şi prea spectaculoasă. „Toată chestia asta despre femei cu tendinţe de suicid care trăiesc pe stradă şi care devin practic administratoare de fonduri de investiţii“, a zis redactorul cam acru, „arată destul de ridicol.“ Am încercat să explic că aceasta e, de fapt, forţa poveştii, că unor oameni în situaţii cu adevărat disperate li s-a schimbat cu totul viaţa, dar n-am scos-o la capăt cu ei. Adevărul pe care-l descoperisem era intolerabil mai străin decât ficţiunea însăşi.

Când oamenii de ştiinţă au observat pentru prima oară gaura din stratul de ozon de deasupra Antarcticii,[629] au presupus că echipamentul lor de observare e defect, căci prea era uriaşă gaura. S-a dovedit că gaura e reală. Gaura depresiei nevoiaşilor din SUA e, şi ea, reală şi gigantică, dar, spre deosebire de gaura din stratul de ozon, ea poate fi umplută. Nu-mi pot închipui cum a fost pentru Lolly Washington, Ruth Ann Janesson, Sheila Hernandez, Carlita Lewis, Danquille Stetson, Fred Wilson, Theresa Morgan şi zecile de oameni din rândurile nevoiaşilor depresivi cărora le-am luat lungi interviuri. Dar ştiu un lucru: am încercat să rezolvăm problema sărăciei prin intervenţie materială cel puţin din vremurile biblice încoace, iar în ultimul deceniu am obosit de o astfel de intervenţie, dându-ne seama că banii nu sunt un antidot suficient.

Acum, am revizuit ajutorul social cu gândul plin de bucurie că, dacă nu-i sprijinim pe săraci, ei vor munci mai mult. Nu merită oare să le oferim, prin medicamente şi terapie, sprijinul care le-ar permite să funcţioneze, care i-ar putea elibera, ca să-şi facă o viaţă bună? Nu-i aşa de uşor să găseşti asistenţii sociali care pot transforma viaţa acestei categorii de populaţie; dar fără programe de sensibilizare a conştiinţei şi fără alocare de fonduri, cei care au darul şi devotamentul necesare lucrului cu astfel de oameni au puţine mijloace ca s-o facă, iar cumplita, devastatoarea, solitara suferinţă continuă, merge mai departe, se prelungeşte.

Note

603. Faptul că pesoanele sărace depresive tind să devină mai sărace şi mai depresive este indicat de mai multe studii. Efectul depresiei asupra capacităţii de a-şi câştiga pâinea cea de toate zilele e trecut în revistă de Sandra Danziger et al., Barriers to Employment of Welfare Recipients, publicat de Poverty Research and Training Center de la Ann Arbor, Michigan. Acest studiu arată că, la categoriile de populaţie mai sărace, în general persoanele cărora li s-a diagnosticat o depresie majoră nu pot lucra douăzeci de ore sau mai mult pe săptămână. Faptul că ele devin din ce în ce mai depresive poate fi dedus din studii care arată înregistrări reduse ale tratamentelor persoanelor sărace şi fără adăpost, cum ar fi Bonnie Zima et al., Mental Health Problems among Homeless Mothers, în Archives of General Psychiatry 53 (1996), şi Emily Hauenstein, A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis, în Archives of Psychiatric Nursing 10, nr. 5 (1996). O prezentare excelentă a relaţiilor dintre sărăcie şi sănătatea mintală găsiţi în John Lynch et al., Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning, în New England Journal of Medicine 337 (1997).

604. Despre depresia la femei, v. capitolul 5.

605. Despre depresia la artişti, v. Kay Jamison, Touched with Fire.

606. Un exemplu de depresie la atleţi se găseşte în Buster Olney, Harnisch Says He Is Being Treated for Depression, în New York Times, 26 aprilie 1997.

607. Despre depresia la alcoolici, v. capitolul 6.

608. Faptul că la cei săraci se constată o rată mai mare a depresiei poate fi dedus din statisticile care arată că la persoanele care primesc ajutor social incidenţa depresiei este de trei ori mai mare decât la restul populaţiei, prezentate în K. Olsen şi L. Pavetti, Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work, publicat de Urban Institute în 1996. Articolul Sandrei Danziger et al., Barriers to Employment of Welfare Recipients, publicat de Poverty Research and Training Center de la Ann Arbor, Michigan, arată că la persoanele depresive care primesc ajutor social există o probabilitate mai mare de a nu putea să-şi păstreze serviciul, închizând astfel cercul sărăciei şi depresiei. Articolul lui Robert DuRant et al., Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents, în American Journal of Public Health 84 (1994), arată legătura dintre depresie şi violenţă. Articolul lui Ellen Bassuk et al., Prevalence of Mental Health and Substance Use Disorders among Homeless and Low-Income Housed Mothers, în American Journal of Psychiatry 155, nr. 11 (1998), trece în revistă câteva studii care arată niveluri înalte ale abuzului de substanţe toxice în rândurile celor depresivi.

609. Eficienţa celor mai multe tratamente farmacologice şi psihodinamice pare să fie destul de consecventă la diferitele categorii de populaţie. Prin urmare, depresia în rândurile nevoiaşilor ar trebui să aibă aceleaşi rate de eficienţă ca la categoriile generale. Problema la această categorie, în sistemul actual, este ca tratamentul să ajungă la pacienţi.

610. Statistica în care apare faptul că 85-95 la sută dintre persoanele cu boli mintale grave din SUA sunt şomere este luată din două studii efectuate de W.A. Anthony et al., Predicting the vocational

capacity of the chronically mentally ill: Research and implications, în American Psychologist 39 (1984), şi Supported employment for persons with psychiatric disabilities: An historical and conceptual perspective, în Psychosocial Rehabilitation Journal 11, nr. 2 (1982).

611. Despre pubertatea precoce a copiilor cu mame depresive, v. Bruce Ellis şi Judy Garber, Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress, în Child Development 71, nr. 2 (2000).

612. Comportamentul caracteristic al fetelor cu pubertate precoce e descris în Lorah Dorn et al., Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche, în Archives of Pediatric Adolescent Medicine 153, nr. 2 (1999). Găsiţi o amplă trecere în revistă a literaturii despre pubertatea precoce, promiscuitate şi activitate sexuală în Jay Belsky et al., Children Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of Socialization, în Child Development 62 (1991).

613. Despre programele Medicaid şi persoanele cu boli mintale, v. Lillian Cain, Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness, în Hospital and Community Psychiatry 44, nr. 10 (1993); Ellen Hollingsworth, Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs, în Community Mental Health Journal 30, nr. 6 (1994); Catherine Melfi et al., Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population, în Journal of Health Care for the Poor and Underserved 10, nr. 2 (1999); Donna McAlpine şi David Mechanic, Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk, în Health Services Research 35, nr. 1 (2000).

614. Exemple de programe ofensive de îngrijire comunitară se pot găsi în Carol Bush et al., Operation Outreach: Intensive Care Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults, în Hospital and Community Psychiatry 41, nr. 6 (1990), şi José Arana et al., Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally Ill Patients, în Hospital and Community Psychiatry 42, nr. 5 (1991). Găsiţi informaţii despre programele de îngrijire comunitară pentru cei fără adăpost în Gary Morse et al., Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People, în Hospital and Community Psychiatry 43, nr. 10 (1992).

615. Workfare, formă de ajutor social, condiţionat de efectuarea de către adulţii apţi de muncă a unor munci de interes public; cf. welfare, ajutor financiar sau de altă natură (necondiţionat de prestarea de munci) dat de guvern persoanelor aflate în dificultate (n.tr. şi n.ed.).

616. În L. Lamison-White, U.S. Bureau of the Census: Current Populations Report, se arată că 13,7 la sută dintre americani se află sub limita sărăciei, preluat din Jeanne Miranda şi Bonnie L. Green, Poverty and Mental Health Services Research, p. 4.

617. Studiul care arată că 42 la sută dintre capii de familie care primesc AFDC îndeplinesc criteriile de depresie clinică este K. Moore et al., The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation, publicat de U.S. Department of Health and Human Services, 1995.

618. Studiul din care reiese că 53 la sută dintre femeile însărcinate care primesc ajutor social îndeplinesc criteriile de depresie majoră este J.C. Quint et al., New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children, publicat de Manpower Demonstration Research Corporation, 1994.

619. Faptul că la persoanele cu probleme psihiatrice probabilitatea de a trăi din ajutor social este cu 38 la sută mai mare decât la cele fără probleme psihiatrice este arătat în R. Jayakody şi H. Pollack, Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform. Lucrarea a fost prezentată la Association for Public Policy Analysis and Management, Washington, D.C., noiembrie 1997.

620. Faptul că guvernele statelor şi cel federal cheltuiesc cam 20 de miliarde de dolari pe an cu transferurile de bani lichizi către adulţi săraci nevârstnici şi copiii lor şi cheltuiesc cam aceeaşi sumă pe tichete de masă pentru astfel de familii este luat din Green Book a U.S. House of Representatives Committee on Ways and Means, 1998. Sunt citate, la p. 411, cheltuieli ale guvernului federal de 11,1

miliarde de dolari, iar ale guvernelor statale de 9,3 miliarde de dolari pentru ajutor acordat familiilor cu copii în îngrijire (Aid to Families with Dependent Children – AFDC). Aceasta nu include încă 1,6 miliarde ale costurilor administrative federale şi 1,6 miliarde ale costurilor administrative federale statale. Costurile federale citate pentru ajutor temporar acordat familiilor nevoiaşe (Temporary Assistance for Needy Families – TANF) sunt de 23,5 miliarde de dolari pentru tichete de masă şi 2 miliarde cheltuieli administrative. Guvernul federal şi cele statale au avut cheltuieli administrative de 1,8 miliarde de dolari. Statisticile legate de TANF sunt la p. 927.

621. Despre neajunsurile din sistemul ajutorului social – în acest exemplu, asistenţa socială pentru copii –, v. Alvin Rosenfeld et al., Psychiatry and Children in the Child Welfare System, în Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America 7, nr. 3 (1998). Autorii scriu: „Spre deosebire de sistemul de îngrijire a sănătăţii mintale, de asistenţa socială pentru copii se ocupă, de obicei, personal nemedical […]. Cei mai mulţi dintre copiii aflaţi în grija statului au nevoie, probabil, de o evaluare psihiatrică; puţini au parte de ea“, p. 527.

622. Jeanne Miranda a fost un adevărat pionier în această zonă. Printre cele mai importante publicaţii ale sale se numără Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial, Kenneth Wells et al., Journal of the American Medical Association 283, nr. 2 (2000); Jeanne Miranda et al., Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics, în American Journal of Obstetrics and Gynecology 178, nr. 2 (1998); Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research, în Journal of Consulting Clinical Psychologist 64, nr. 5 (1996) şi Jeanne Miranda et al., Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research, în Journal of Consulting Clinical Psychologist 64, nr. 5 (1996).

623. Faptul că pentru toate programele de tratament menţionate costurile totale pe pacient sunt sub 1.000 de dolari pe an a fost discutat într-un volum mare de corespondenţă cu cercetătorii. Cifrele exacte pentru aceste programe sunt, desigur, foarte greu de calculat şi de comparat, din cauza diferenţelor dintre programele de tratare, formule şi servicii. Jeanne Miranda şi-a estimat costurile sub 100 de dolari pe pacient; Emily Hauenstein a dat costuri totale de 638 de dolari pe persoană pentru regimuri de tratament care includ circa treizeci şi şase de şedinţe de terapie. Calcularea costurilor activităţii lui Glen Treisman se bazează pe cifrele pe care mi le-a trimis într-un e-mail din 30 octombrie 2000. El şi-a estimat costurile de operare la 250.000-350.000 de dolari pe an pentru servicii de îngrijire a pacienţilor la domiciliu, care cuprind 2.500-3.000 de pacienţi. Costul mediu pe pacient este, prin urmare, de circa 109 dolari.

624. Faptul că, de obicei, depresia celor săraci nu se manifestă în zona cognitivă a eşecului personal şi a culpabilităţii, ci prin somatizare, este arătat în Marvin Opler şi S. Mouchly Small, Cultural variables Affecting Somatic Complaints and Depression, în Psychosomatics 9, nr. 5 (1968).

625. Articolul din The New England Journal of Medicine despre legătura dintre greutăţile economice şi depresie este al lui John Lynch et al., Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning, vol. 337 (1997).

626. Despre fenomenul neputinţei dobândite, v. Martin Seligman, Learned Optimism.

627. Rata schizofreniei la persoanele cu venit mic este în Carl Cohen, Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy, în Hospital and Community Psychology 44, nr. 10 (1993).

628. Annabel Lee, versul 9 (trad. rom. de Dan Botta, în Edgar Allan Poe, Scrieri alese, Editura Univers, Bucureşti, 1979, p. 667).

629. „Gaura“ din stratul de ozon antarctic este definită ca o „zonă care are mai puţin de 220 de unităţi dobson pe coloană (adică între sol şi spaţiul cosmic)“. După cum arată site-ul Environmental Protection Agency, „cuvântul gaură nu este potrivit; gaura este, de fapt, o subţiere semnificativă, sau o reducere a concentraţiei de ozon, care rezultă din distrugerea a aproape 70 la sută din ozonul care se găseşte în mod normal deasupra Antarcticii. “ Citez din One Earth, One Future: Our Changing Global Environment, p. 135: „Primul semn neîndoielnic de modificare provocată de om a mediului global a

apărut în 1985, când o echipă de oameni de ştiinţă britanici a publicat rezultate care au uimit comunitatea mondială a celor care se ocupă de chimia atmosferică. Joseph Farman, de la British Meteorological Survey, şi colegii săi au raportat în jurnalul ştiinţific Nature că deasupra Antarcticii concentraţia stratului de ozon stratosferic a scăzut cu peste 40 la sută faţă de nivelul de bază din octombrie, prima lună de primăvară în emisfera sudică, între 1977 şi 1984. Cei mai mulţi dintre oamenii de ştiinţă au primit vestea cu neîncredere.“ Vedeţi site-ul EPA dedicat găurii din stratul de ozon, www.epa.gov/ozone/science/hole/holehome.html. British Antarctic Survey publică anual actualizări ale situaţiei stratului de ozon antarctic. Pentru informaţii curente, v. www.nbs.ac.uk/public/icd/jds/ozone/ index/html.

X
Politica

În descrierea actuală a depresiei, politica joacă un rol la fel de însemnat ca ştiinţa. Cine cercetează depresia; ce se face în privinţa ei; cine este tratat; cine nu este; cine e socotit vinovat; cine are parte de îngrijire deosebită; cât se plăteşte pentru ea; ce nu se ştie; toate aceste întrebări sunt decise în sanctuarele puterii. Politica stabileşte, de asemenea, modalitatea de tratare: oamenii trebuie să fie internaţi? Trebuie să fie trataţi în cadrul comunităţii? Tratamentul celor depresivi trebuie să rămână în mâinile medicilor, sau să fie asumat de asistenţii sociali? Ce fel de diagnosticare e necesară pentru a garanta o intervenţie bazată pe fonduri guvernamentale? Vocabularul depresiei, ce poate da abilităţi excepţionale persoanelor marginale care n-au nici un mijloc de a-şi descrie ori de a-şi înţelege trăirile, este manipulabil la nesfârşit. Membrii mai avantajaţi ai societăţii îşi trăiesc boala prin intermediul acestui vocabular, alcătuit, în mod neconfidenţial, de Congres, de Asociaţia Medicilor Americani şi de industria farmaceutică.

Definiţiile depresiei influenţează puternic deciziile politice, care, la rândul lor, au impact asupra bolnavilor. Dacă depresia e o „simplă suferinţă organică“, atunci trebuie tratată asemenea altor simple suferinţe organice – companiile de asigurări trebuie să ofere acoperirea depresiei majore aşa cum acoperă tratamentul cancerului. Dacă depresia îşi are originea în natura omului, atunci e vina celor care suferă de ea şi nu se bucură de mai multă protecţie decât prostia. Dacă poate să afecteze pe oricine, oricând, atunci trebuie avută în vedere prevenirea; dacă este ceva care-i loveşte doar pe cei săraci, fără şcoală sau insuficient reprezentaţi pe plan politic, atunci accentul pus pe prevenire este mult mai mic în societatea noastră lipsită de echitate. Dacă oamenii depresivi vatămă alţi oameni, starea lor trebuie controlată, spre binele societăţii; dacă pur şi simplu stau acasă ori dispar, invizibilitatea lor îi face să fie uşor de ignorat.

Politica guvernului SUA în privinţa depresiei s-a schimbat în ultimul deceniu şi continuă să se schimbe;[630] şi în multe alte ţări au avut loc schimbări substanţiale. Patru factori principali influenţează perceperea

depresiei – şi, astfel, implementarea politicii privitoare la ea – la nivel guvernamental. Primul este factorul medical. În conştiinţa americanilor, este adânc înrădăcinată ideea că nu trebuie să tratăm o boală pe care cineva şi-a provocat-o sieşi ori pe care a stimulat-o din slăbiciune de caracter, deşi măcar ciroza şi cancerul sunt acoperite de asigurare. Persistă concepţia publică generală că mersul la psihiatru este un fel de răsfăţ, că e ceva mai degrabă ca mersul la coafor decât la oncolog. Tratarea unei tulburări sufleteşti ca boală ce ţine de medicină contravine acestei absurdităţi, ia responsabilitatea de pe umerii persoanei care are acea boală şi uşurează „justificarea“ tratamentului. Al doilea factor care modelează percepţia este excesiva simplificare (ce distonează ciudat cu cei două mii cinci sute de ani de insuficientă claritate în privinţa a ceea ce este depresia), în special prezumţia populară că depresia e rezultatul nivelului scăzut de serotonină, în acelaşi fel în care diabetul e rezultatul nivelului scăzut de insulină – idee susţinută mult şi de industria farmaceutică, şi de Departamentul pentru Alimente şi Medicamente (FDA – Food and Drug Administration). Cel de-al treilea factor este vizualizarea. Dacă pui alături o imagine a creierului depresiv (colorat, ca să arate rata metabolismului) şi o imagine a creierului normal (colorat şi el), efectul este izbitor: oamenii depresivi au creierul cenuşiu, iar cei fericiţi au creierul tehnicolor. Diferenţa este emoţionantă şi ştiinţifică deopotrivă şi, cu toate că e total artificială (culorile reflectă tehnici de vizualizare, nu tonurile şi nuanţele reale), o astfel de imagine valorează cât o mie de cuvinte şi tinde să convingă oamenii de necesitatea unui tratament imediat. Cel de-al patrulea factor e lipsa de forţă a lobby-ului pentru sănătatea mintală. „Oamenii depresivi nu cicălesc destul“, spune Lynn Rivers, membră a Camerei Reprezentanţilor (democrată, Michigan). Atenţia faţă de anumite boli este, în general, rezultatul eforturilor conjugate ale grupurilor de lobby de a conştientiza acele boli: reacţia grozavă faţă de HIV/SIDA a fost stimulată de tacticile spectaculoase ale categoriei de populaţie care avea această boală sau risca să se molipsească. Din păcate, persoanele depresive tind să considere viaţa de zi cu zi copleşitoare şi, prin urmare, nu se pricep să facă lobby. În plus, mulţi dintre cei care au fost depresivi, chiar dacă se simt mai bine, nu vor să vorbească despre asta: depresia e un secret degradant, şi e greu să faci lobby pentru secretele tale degradante fără să le aduci la lumina zilei. „Suntem uimiţi când oamenii vin la reprezentanţii lor să declare gravitatea unei anumite boli“, spune John Porter, membru al Camerei Reprezentanţilor (republican, Illinois), care, ca preşedinte al Subcomitetului pentru Muncă,

Sănătate şi Atribuirea Serviciilor pentru Populaţie, domină discuţiile din Cameră despre bugetele pentru boli mintale. „Trebuie să resping amendamente supuse aprobării, pentru că reflectă surescitarea câte unuia faţă de o poveste pe care a auzit-o şi care cere ca unei anumite boli să i se aloce o anumită sumă. Membrii Congresului încearcă adesea să facă asta – dar rareori pentru bolile mintale.“ Totuşi, câteva grupuri de lobby pentru sănătatea mintală din SUA pledează pentru cauza celor depresivi, cele mai remarcabile fiind Alianţa Naţională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI) şi Asociaţia Naţională a Depresivilor şi Maniaco-Depresivilor (National Depressive and Manic Depressive Association – NDMDA).

Cea mai mare piedică în calea progresului rămâne, probabil, stigmatul social ataşat depresiei, lucru care nu se întâmplă cu nici o altă boală şi pe care Steven Hyman, directorul Institutului Naţional pentru Sănătatea Mintală l-a descris ca „dezastru al sănătăţii publice“. Multe dintre persoanele cu care am vorbit în vreme ce scriam această carte mi-au cerut să nu le folosesc numele adevărate, să nu le dezvălui identitatea. I-am întrebat ce anume cred că s-ar întâmpla dacă lumea ar afla că au fost depresivi. „Lumea ar şti că sunt slab“, a spus un bărbat, al cărui succes fantastic în carieră, în ciuda bolii cumplite, mi se părea semnul unei puteri grozave. Oamenii care „au ieşit din tainiţă“ şi au vorbit în public despre faptul că sunt gay, că sunt alcoolici, că sunt victimele unor boli transmisibile sexual – într-un caz, că a agresat un copil –, rămâneau totuşi prea ezitanţi în a fi înregistraţi drept depresivi. A fost nevoie de destulă trudă ca să găsesc oameni a căror istorie să apară în această carte – nu din cauză că depresia e rară, ci pentru că cei care – legat de ea – sunt sinceri cu ei înşişi şi cu restul lumii sunt o excepţie. „Nimeni n-ar avea încredere în mine“, a spus un avocat depresiv care-şi luase mult timp liber în anul precedent, „să fac planuri de viitor“. Inventase o întreagă istorie despre sine pentru lunile în care a lipsit, şi a cheltuit o energie considerabilă (inclusiv fotografii de vacanţă trucate) pentru a da credibilitate poveştilor. În vreme ce aşteptam liftul în clădirea mare cu birouri în care tocmai îi luasem interviul, m-a abordat unul dintre angajaţii de rang mai mic. Alibiul meu era că trebuia să consult un avocat în privinţa unui contract, şi tânărul m-a întrebat cu ce mă ocup. I-am spus că lucrez la cartea aceasta. „O!“, a spus, şi l-a numit pe bărbatul căruia tocmai îi luasem interviul. „Ei bine, tipul ăsta“, a zis el din proprie iniţiativă, „a trecut printr-o cădere psihică adevărată, totală. Depresie, psihoză, ziceţi-i cum vreţi. A fost dus de-a binelea cu pluta o vreme. Încă mai

e cam ciudat; are în birou pozele alea aiurite de pe plajă şi inventează poveşti despre sine. Cam dus cu pluta. Dar s-a întors la lucru şi, profesional vorbind, e mai bun ca mulţi alţii. Ar trebui să vă vedeţi cu el şi să aflaţi despre asta, dacă puteţi.“ În acest caz, avocatul părea să se bucure mai degrabă de prestigiu pentru abilitatea sa în lupta contra depresiei decât să sufere stigmatul bolii; iar disimularea sa a fost o minciună care n-a convins, asemenea unui transplant nereuşit al părului – fapt mult mai ridicol decât orice ar fi putut crea natura. Secretul e însă ubicuu. După ce a apărut articolul meu din *New Yorker*, am primit scrisori care se încheiau cu „De la cineva care ştie“, „Al dumneavoastră, fără nume“ şi „Un învăţător“.

N-am mai lucrat niciodată cu un subiect care să atragă atâtea confidenţe ca acesta; oamenii mi-au spus cele mai uimitoare poveşti la dineuri, în tren şi oriunde altundeva pomeneam despre subiectul meu, dar aproape toţi spuneau: „Dar vă rog să nu mai spuneţi nimănui.“ O persoană cu care am stat de vorbă m-a sunat şi a spus că mama ei a ameninţat-o că nu mai vorbeşte niciodată cu ea dacă acceptă să-i apară numele în această carte. Starea firească a minţii este închisă, iar sentimentele profunde sunt, de obicei, ţinute ascunse. Cunoaştem oamenii doar prin ceea ce ne spun. Nici unul dintre noi nu poate să treacă de bariera tăcerii insondabile a altcuiva. „Nu vorbesc niciodată de asta“, mi-a spus cineva despre lupta sa, „pentru că nu văd ce rost ar avea.“ Suntem orbi la proporţiile epidemice ale depresiei pentru că realitatea e rostită atât de rar; iar realitatea e rostită atât de rar parţial din cauză că nu ne dăm seama cât de răspândită este.

Am avut o experienţă extraordinară în timpul unei petreceri date de o familie la un sfârşit de săptămână, în Anglia. Am fost întrebat cu ce mă ocup şi am recunoscut că scriu o carte despre depresie. După cină, o femeie frumoasă, cu păr lung şi blond, strâns pe ceafă într-o buclă, s-a apropiat de mine în grădină. Punându-şi uşor palma pe braţul meu, a întrebat dacă putem vorbi un pic, şi, în următoarea oră, ne-am plimbat prin grădină, în vreme ce ea îmi povestea despre nefericirea ei şi despre lupta cu depresia. Lua medicamente, şi asta o ajuta întru câtva, dar tot se simţea incapabilă să facă faţă multor situaţii şi se temea că starea ei de spirit are să-i distrugă, în cele din urmă, căsnicia. „Te rog“, a spus când am încheiat discuţia, „să nu spui nimănui despre asta. Mai ales soţului meu. Nu trebuie să ştie. N-ar înţelege şi n-ar putea accepta.“ Mi-am dat cuvântul. Era un sfârşit de săptămână frumos, cu soare şi, seara, cu foc plăcut în şemineu, iar grupul nostru, inclusiv femeia care-şi deschisese inima în faţa mea, o ţinea tot într-o glumă. Duminică, după

prânz, am pornit călare împreună cu soţul femeii depresive. Pe la jumătatea drumului de întoarcere la grajduri, el s-a răsucit brusc către mine şi a zis, stingherit: „Eu nu vorbesc prea mult.“ Şi apoi, s-a oprit din vorbit şi din mers. M-am gândit că o să mă întrebe ceva despre soţia sa, cu care mă văzuse vorbind în mai multe rânduri. „Nu cred că mulţi tipi ar înţelege cu adevărat.“ Şi-a dres glasul. Eu am zâmbit încurajator. „E depresia“, a spus, în cele din urmă. „Scrii despre depresie, nu?“ Am spus că da şi am aşteptat o vreme. „Ce te-a făcut să scrii despre un astfel de subiect?“ a întrebat. I-am spus că am avut eu însumi depresie şi am început explicaţia obişnuită, dar m-a întrerupt. „Ai avut? Ai avut o depresie şi acum scrii despre asta? Pentru că, uite – şi nu-mi place s-o spun, dar e adevărul. Am avut o perioadă îngrozitoare. Nu pot să pricep de ce. O viaţă bună, căsnicie bună, copii buni, toate astea, sunt foarte apropiat de toţi, dar a trebuit, de fapt, să mă duc la psihiatru, iar el mi-a prescris pastilele astea afurisite. Aşa că acum mă simt un pic mai aproape de mine însumi – dar, ştii, chiar sunt eu însumi? Dacă pricepi ce vreau să zic – nu le-aş spune niciodată soţiei ori copiilor, pentru că, pur şi simplu, n-ar pricepe, aş scădea în ochii lor ca şef al familiei. Curând, o să renunţ la pastile – dar, ştii, cine sunt eu în toate astea?“ La sfârşitul discuţiei m-a pus să jur că nu spun nimănui.

Nu i-am spus bărbatului că soţia lui ia aceleaşi medicamente ca el; nici nu i-am spus soţiei că soţul ei ar fi în stare să înţeleagă cum nu se poate mai bine situaţia ei. Nu le-am spus nici unuia că a trăi cu secrete e tare greu şi că depresia lor era probabil agravată de ruşine. N-am spus că o căsnicie în care nu se face schimb de informaţii fundamentale e şubredă. Totuşi, i-am spus fiecăruia dintre ei că depresia e adesea ereditară şi că ar trebui să fie atenţi la copiii lor. Am spus că sinceritatea e o obligaţie faţă de generaţia următoare.

E sigur că mărturisirile spectaculoase făcute recent de o serie de celebrităţi au ajutat la destigmatizarea depresiei. Dacă Tipper Gore,[631] şi Mike Wallace,[632] şi William Styron[633] pot, cu toţii, să vorbească despre depresie, atunci poate că şi persoanele aflate mai puţin în atenţia generală pot vorbi despre ea. Odată cu publicarea acestei cărţi, am renunţat la o intimitate convenabilă. Trebuie totuşi să spun că faptul că am vorbit despre depresia mea a făcut să-mi fie mai uşor să suport boala şi să împiedic revenirea ei. Recomand scoaterea la lumină a depresiei. Secretele sunt împovărătoare şi epuizante, iar stabilirea momentului în care să transmiţi informaţia pe care ai reţinut-o până atunci e cu adevărat dificilă.

De asemenea, e uimitor, dar adevărat faptul că, indiferent ce spui despre

depresia ta, oamenii nu te cred decât dacă arăţi cu adevărat foarte depresiv când se uită la tine şi-ţi vorbesc. Mă pricep să-mi maschez starea de spirit; aşa cum mi-a spus odată un psihiatru, sunt „dureros de suprasocializat“. Cu toate acestea, am rămas cu gura căscată când un tip pe care-l cunoşteam m-a sunat să-mi spună că se duce la Alcoolicii Anonimi şi vrea să-şi ceară scuze pentru că uneori s-a arătat rece, atitudine cauzată, a spus el, nu de snobism, ci de o profundă invidie faţă de viaţa mea, „care arăta perfect“. Nu m-am apucat să înşir nenumăratele imperfecţiuni ale vieţii mele, dar l-am întrebat cum poate să spună că mă invidiază pentru articolul din *New Yorker*, să se intereseze cum merge cartea aceasta, şi totuşi să creadă că viaţa mea pare perfectă. „Ştiu că ai fost depresiv la un moment dat“, a spus el, „dar asta nu pare să fi avut vreun efect asupra ta.“ Am spus că, de fapt, asta mi-a schimbat şi mi-a determinat restul vieţii, dar îmi dădeam seama că vorbele mele nu ajungeau la ţintă. Nu mă văzuse niciodată ghemuit în pat şi nu putea percepe deloc imaginea. Intimitatea mea era uluitor de nepătrunsă. De curând, un redactor de la *New Yorker* mi-a spus că n-am fost cu adevărat depresiv niciodată. Am protestat, spunând că oamenii care n-au fost niciodată depresivi nu înclină să susţină că ar fi fost, dar nu l-am putut convinge. „Ei, haide“, a zis. „Ce naiba motiv de deprimare ai tu?“ Am fost înghiţit de propria vindecare. Povestea şi crizele mele păreau irelevante; iar faptul că am afirmat în public că iau antidepresive nu părea să-i clatine convingerea. Acesta e ciudatul revers al stigmatului. „Nu mă duci tu pe mine cu toată povestea asta cu depresia“, mi-a zis. Era ca şi cum eu şi cei despre care scrisesem conspiram să smulgem de la lume mai multă simpatie decât ni se cuvenea. M-am izbit iar şi iar de paranoia asta – şi încă mă uimeşte. Nimeni nu i-a spus vreodată bunicii mele că nu are cu adevărat o boală de inimă. Nimeni nu spune că rata crescătoare a cancerului de piele este doar în imaginaţia publicului. Dar depresia este atât de înspăimântătoare şi de neplăcută, încât mulţi oameni neagă prompt boala şi-i dezavuează pe cei care suferă de ea.

Şi totuşi, există o linie subţire între a fi deschis şi a fi obositor. Vorbitul despre depresie strică buna dispoziţie, şi nimic nu e mai plictisitor decât cineva care vorbeşte tot timpul despre suferinţa sa. Când eşti depresiv, nu te prea poţi controla, iar depresia e tot ce ţi se-ntâmplă; dar asta nu înseamnă că depresia trebuie să fie principalul tău subiect de conversaţie tot restul vieţii. Am auzit adesea oameni spunând: „Mi-au trebuit ani întregi până să fiu în stare să-i spun psihiatrului meu că…“ şi mi-am spus că e o nebunie să repeţi

la cocktailuri lucrurile pe care i le spui psihiatrului.

Prejudecata, adânc înrădăcinată în nesiguranţă, există în continuare. De curând, în vreme ce eram în maşină cu nişte cunoscuţi, am trecut pe lângă un spital. „Ei, ia uite“, a spus unul dintre ei. „Aici a fost electrocutată Isabel.“ Şi şi-a rotit arătătorul stâng în jurul urechii, semnalând nebunia. Tot elanul meu de militant a ţâşnit la suprafaţă şi l-am întrebat ce s-a întâmplat cu Isabel, şi am aflat, aşa cum bănuisem, că i s-a făcut terapie cu electroşocuri la acel spital. „Trebuie să fi avut o perioadă grea“, am spus, încercând să-i iau apărarea bietei fete fără să mă dau de gol. „Gândeşte-te cât de şocant trebuie să fie să ţi se facă electroşocuri.“ El a izbucnit în râs. „Aproape că mi-am făcut singur tratament cu electroşocuri mai deunăzi, când am încercat să repar föhnul nevestii-mi“, a zis. Sunt un mare admirator al simţului umorului, şi n-am fost jignit de-a binelea, dar am încercat – şi n-am reuşit – să-mi închipui că trecem prin faţa unui spital în care lui Isabel i se făcuse chimioterapie şi facem acelaşi soi de glume.

Legea pentru americanii cu dizabilităţi (Americans with Disabilities Act – ADA),[634] decretată de Congres, asigură persoanelor cu dizabilităţi o adaptare semnificativă şi le impune angajatorilor să nu blocheze angajarea persoanelor cu boli mintale. Aceasta creează probleme grele, multe dintre ele ajunse în atenţia publicului după apariţia cărţii *Listening to Prozac*. Trebuie oare ca patronul tău să aibă dreptul să-ţi ceară să iei antidepresive dacă nu lucrezi cu viteza dorită? Dacă devii retras, trebuie să aibă dreptul să te concedieze pentru că nu faci ceea ce se cuvine? E adevărat că oamenii care au o boală ţinută sub control n-ar trebui să fie împiedicaţi să muncească atât cât le stă în puteri. Pe de altă parte, adevărul crunt este că paraplegicii nu pot munci ca hamali, iar fetele grase nu pot fi supermodele. Dacă aş angaja pe cineva care cade periodic în depresie, aş fi tare frustrat. Prejudecata şi pragmatica interacţionează în defavoarea celor cu depresie, izbitor în unele zone şi mai puţin izbitor în altele. Asociaţia Federală de Aviaţie (Federal Aviation Association)[635] nu le îngăduie persoanelor care suferă de depresie să piloteze avioane de pasageri; dacă un pilot începe să ia antidepresive, trebuie să-şi dea demisia. Efectul acestui lucru este, probabil, că mulţi piloţi depresivi evită tratamentul, şi bănuiesc că pasagerii sunt mult mai puţin în siguranţă decât dacă ar zbura cu piloţi care iau prozac. Acestea fiind spuse, putem ieşi din crizele cele mai acute; medicamentele dau multă putere; dar flexibilitatea are limite. N-aş vota pentru un preşedinte fragil. Aş vrea ca lucrurile să nu stea aşa. Ar fi plăcut să vezi că lumea e condusă de cineva care înţelege din

experienţa personală prin ce am trecut eu şi alţii ca mine. N-aş putea să fiu preşedinte, şi ar fi un dezastru pentru lume dacă aş încerca. Cele câteva excepţii de la regulă – Abraham Lincoln sau Winston Churchill au avut amândoi depresie – îşi folosesc anxietatea şi starea de îngrijorare ca bază a conducerii, dar pentru asta e nevoie de o personalitate cu adevărat remarcabilă şi un anume tip de depresie, care să nu te scoată din circulaţie în momentele cruciale.

Pe de altă parte, depresia nu face inutil pe cineva. Când am venit cu Paul Bailey Mason în contact pentru prima oară, el suferise de depresie în cea mai mare parte a vieţii; era, de fapt, a cincizecea aniversare a primei sale serii de electroşocuri. A avut o viaţă plină de traume; în adolescenţă, când a avut „probleme disciplinare“, mama lui a pus nişte prieteni, membri ai Ku Klux Klan, să-l atace. Mai târziu, a fost internat într-un institut de sănătate, iar acolo aproape că a fost omorât în bătaie; a reuşit, în cele din urmă, în timpul unei revolte a pacienţilor, să fugă. A primit ajutor social pentru infirmitate totală aproape douăzeci de ani. În această perioadă, a făcut două masterate. Când se apropia de şaptezeci de ani, afectat de dubla povară a vârstei şi a istoricului medical, a încercat să-şi găsească de lucru, iar autorităţile de la toate nivelurile i-au spus că nu există nimic de lucru pentru cineva ca el şi n-ar trebui să se mai agite. Eu ştiu ce lucrător productiv e Mason, pentru că am citit şirul lung de scrisori pe care le-a trimis la serviciile de reintegrare în muncă din Carolina de Sud, unde locuieşte, la biroul guvernatorului şi la oricine i-a venit în minte – pe care mi le-a dat şi mie, în copie. Cu medicamente, pare să funcţioneze bine în cea mai mare parte a timpului. Simplul număr de cuvinte era copleşitor. Lui Mason i s-a spus că toate ofertele disponibile pentru oamenii aflaţi în situaţia lui sunt de muncă manuală, şi că, dacă doreşte o slujbă în care să-şi folosească mintea, n-are decât să se descurce singur. Acceptând posturi ocazionale în învăţământ, dintre care multe implicau o navetă îngrozitoare, a reuşit să nu-şi piardă minţile în vreme ce scria sute şi sute de pagini în care-şi susţinea poziţia, explica situaţia în care se află, cerea ajutor – toate acestea aducându-i, în schimb, câteva scrisori oficiale. Citindu-le, mă îndoiesc că scrisorile lui Paul au ajuns vreodată la cineva care ar fi fost în stare să-l ajute. „Depresia îşi creează propria închisoare“, mi-a scris. „Şed aici, într-un apartament cu care mă împac anevoie, şi mă lupt să găsesc un serviciu. Când nu mai pot suporta singurătatea, ca anul trecut, de Crăciun, mă duc să mă plimb cu metroul în jurul Atlantei. E apropierea cea mai mare de oameni pe care o pot avea în

aceste condiţii.“ Punctele sale de vedere le-am regăsit la multe alte persoane pe care le-am întâlnit. O femeie care se simţea izolată pe plan social de eşecurile profesionale scria: „Sunt cu totul sufocată de povara faptului că nu sunt angajată.“

Richard Baron a fost membru în consiliul de conducere al Asociaţiei Internaţionale a Serviciilor de Readaptare Psihosocială (*International Association of Psychosocial Rehabilitation Service* – IAPRS), organizaţie a lucrătorilor nemedici din domeniul psihiatriei, care are în prezent aproape două mii de membri. Oamenii depresivi înşişi, scrie el, „au început să-şi exprime îngrijorarea profundă faţă de vacuitatea vieţii lor comunitare, lipsită de beneficiile unei slujbe lucrative, care să le consolideze eul şi să le creeze legături sociale, demonstrând cât de categorică rămâne – drept parte fundamentală a procesului de recuperare – munca“.[636] Analiza programelor actuale de ajutor dezvăluie o problemă imensă. Persoanele depresive din SUA ce reuşesc să fie incluse în categoria celor cu dizabilităţi sunt eligibile pentru sistemul de asigurări sociale pentru persoane cu dizabilităţi (Social Security Disability Insurance – SSDI) şi sistemul veniturilor de asigurări suplimentare (Supplemental Security Income – SSI); se califică, de asemenea, pentru Medicaid, care plăteşte tratamente permanente ce au tendinţa de a fi costisitoare. Persoanele care primesc SSDI şi SSI se tem să-şi ia un serviciu, ca să nu le piardă; de fapt, mai puţin de jumătate de procent dintre cei care primesc SSDI şi SSI renunţă la ele, ca să reintre în forţele de muncă. „Subcultura bolilor mintale grave nu posedă «înţelepciunea populară»“, scrie Baron, „la fel de nezdruncinată (şi complet greşită) ca ideea că oamenii care se întorc la locul de muncă îşi vor pierde pe dată beneficiile SSI şi nicicând n-o să mai fie în stare să le primească. Sistemul sănătăţii mintale recunoaşte importanţa obiectivului ocupării forţei de muncă, dar îi rămâne paralizată capacitatea de a găsi fonduri pentru serviciile de readaptare“.

Cu toate că în cadrul industriei farmaceutice s-au făcut studii cu aplicabilitate imediată în domeniul sănătăţii mintale, în SUA mecanismele cele mai simple ale creierului sunt identificate la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (National Institute of Mental Health – NIMH), aflat într-un campus uriaş, care se întinde în Bethesda, Maryland. Este unul dintre cele douăzeci şi trei de domenii din bugetul Institutelor Naţionale pentru Sănătate (National Institutes of Health – NIH);[637] alt domeniu este Administraţia Serviciilor pentru Abuzul de Substanţe Toxice şi Sănătate Mintală (Substance

Abuse and Mental Health Services Administration – SAMHSA), care desfăşoară o activitate legată de depresie, dar nu face parte din NIMH. Şi la NIMH, şi la SAMHSA, beneficiul nemijlocit al cercetării aplicate este subordonat lărgirii cunoştinţelor prin intermediul cercetării fundamentale. „Dacă poţi descoperi secretele bolii“, spune în mod pragmatic John Porter, din Camera Reprezentanţilor, „poţi face multe pentru a preveni boala. Dacă pui bani în cercetare, poţi, în cele din urmă, să salvezi vieţi şi să elimini suferinţa. Oamenii încep să vadă că beneficiile sunt foarte mari în raport cu investiţia făcută.“

La începutul anilor ’90, Congresul SUA a cerut unui grup de şase mari câştigători ai Premiului Nobel să propună câte două subiecte pentru cercetări importante.[638] Cinci din şase au ales creierul. Congresul a declarat perioada dintre 1990 şi 2000 „Deceniul creierului“ şi a alocat resurse imense cercetării în domeniul creierului. „Aceasta va fi păstrată în memorie ca una dintre cele mai importante hotărâri votate de Congres pentru progresul cunoştinţelor omenirii despre sine însăşi“, a spus Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanţilor (democrat, Virginia de Vest). În „deceniul creierului“, fondurile pentru bolile mintale au crescut enorm, iar „oamenii au început să înţeleagă că boala mintală e o boală ca oricare alta“, spune Porter, „Oamenii obişnuiau să vadă boala mintală ca pe o groapă fără fund, care înghite banii, cere tratament psihiatric interminabil, cu contorul învârtindu-se tot timpul, cu progres îndoielnic. Noile medicamente au schimbat toate astea. Acum totuşi, mă îngrijorează faptul că începem să ne întoarcem privirea de la cei pe care nu-i ajută ori nu-i pot ajuta medicamentele.“

În guvernul SUA, senatorul Paul Wellstone (democrat, Minnesota) şi senatorul Pete Dominici (republican, New Mexico) au fost avocaţii cei mai aprigi ai perfecţionării legii sănătăţii mintale. Pe moment, lupta politică din faza centrală priveşte echivalarea asigurării. Chiar şi americanii care au o acoperire cuprinzătoare a problemelor de sănătate au adesea prevederi limitate pentru sănătatea mintală; de fapt, peste 75 la sută din planurile de sănătate din SUA oferă o acoperire mai mică pentru problemele legate de sănătatea mintală decât pentru celelalte boli.[639] Atât la nivelul pe viaţă, cât şi la cel anual, asigurarea noastră de sănătate mintală poate fi plafonată la mai puţin de 5 la sută din plafonul pentru bolile „normale“. De la începutul lui 1988 încoace, nu este legal pentru companiile din SUA cu peste cincizeci de angajaţi care oferă planuri de sănătate să aibă plafoane reduse ale acoperirii sănătăţii mintale, dar aceste companii pot încă să aibă o cofinanţare (suma pe

care pacientul trebuie s-o plătească în comparaţie cu ceea ce plăteşte asiguratorul) mai mare pentru bolile mintale decât pentru alte afecţiuni, aşa încât bolile încă nu sunt, de fapt, acoperite în mod comparabil. „Faptul că cele mai multe poliţe nu oferă pentru fiica mea, care are depresie, acoperire pe aceeaşi bază ca în cazul în care ar avea epilepsie este pur şi simplu incredibil“, spune Laurie Flynn, care conduce Alianţa Naţională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI), cel mai important grup de lobby pentru bolile mintale din ţară. „Am o coplată favorabilă pentru artrită reumatoidă, deoarece e o boală «reală», iar boala fiicei mele nu este? Sănătatea mintală e foarte greu de definit; puţini oameni au sănătate mintală perfectă. Societatea noastră nu are vreo obligaţie, şi nu-şi poate permite, să-mi ofere asigurare pentru fericirea mea personală. Dar boala mintală e mult mai directă. E alăturarea la suita de grupuri lipsite de dreptul de reprezentare, care se ridică şi-şi cer partea cuvenită.“ Legea pentru americanii cu dizabilităţi (Americans with Disabilities Act – ADA) îi protejează pe cei cu „dizabilităţi fizice şi mintale“, dar boala mintală continuă să fie o barieră strictă pentru angajare, iar stigmatul e apăsător. „Încă mai persistă ideea că, dacă ai fi cineva cu adevărat puternic“, spune Laurie Flynn, „nu ţi s-ar fi întâmplat aşa ceva. Dacă ai fi cu adevărat o persoană cu viaţă curată, un om cultivat, corect motivat, nu ţi s-ar fi întâmplat.“

Asemenea tuturor mişcărilor politice, aceasta contează pe simplificarea excesivă. „E un dezechilibru chimic, ca la ficat sau rinichi“, spune Laurie Flynn. De fapt, există o dorinţă de a le avea pe amândouă: dorinţa de a fi tratat şi dorinţa de a fi protejat. „Am avut o campanie de cinci ani pentru a pune capăt discriminării, prin convingerea lumii să privească aceste boli ca tulburări ale creierului, şi nimic mai mult.“ Lucru dificil, căci ele sunt tulburări ale creierului – *şi* ceva mai mult. Robert Boorstin e bipolar şi se numără printre cei mai proeminenţi oameni din ţară care-şi declară boala mintală. „Există în «mişcare» oameni“, spune el, „care-şi ies cu totul din fire când văd cuvântul *nebun* folosit incorect.“

Organizaţiile de întreţinere a sănătăţii (*health maintenance organizations* – HMO) nu sunt o veste bună pentru cei cu depresie. Sylvia Simpson, care se confruntă în mod regulat în munca ei de medic la Johns Hopkins cu aceste organizaţii, nu are de spus decât poveşti de groază. „Îmi petrec din ce în ce mai mult timp la telefon cu reprezentanţii companiilor de sănătate, încercând să justific faptul că pacienţii sunt internaţi aici. Când pacienţii sunt încă foarte, foarte bolnavi, dacă în acea zi n-au tendinţă acută de suicid mi se

spune să-i externez. Eu spun că au nevoie să fie aici, iar ei spun: «Nu le dau voie.» Le spun membrilor familiei să ia telefonul, să-i sune pe avocaţi, să se lupte. Pacienţii sunt, evident, prea bolnavi ca s-o facă. Simţim că trebuie să ţinem oamenii aici până când nu e primejdios pentru ei să fie în altă parte. Aşa că, până la urmă, familiile lor primesc nota de plată. Dacă n-o pot plăti, o anulăm. Nu putem continua această politică şi, în plus, companiile de asigurări profită. Iar oamenii devin şi mai depresivi; e pur şi simplu groaznic.“ Adesea, la spitale mai puţin bogate, cu conducere mai puţin fermă, amortizarea datoriilor pacienţilor nu e posibilă; iar oamenii depresivi nu sunt în stare să pledeze pentru propriul caz în faţa asiguratorilor lor. „Cunoaştem numeroase cazuri“, susţine Laurie Flynn, „de oameni care – din cauza dispoziţiei organizaţiilor de întreţinere a sănătăţii (HMO) – au fost externaţi când nu erau pregătiţi să iasă din spital şi care s-au sinucis. Există decese produse de aceste poliţe de asigurare.“ „Dacă ţii pistolul la tâmplă“, spune Jeanne Miranda, „poate că ţi se plăteşte tratamentul. Pune-l jos, şi iar eşti lăsat baltă.“

Depresia e o boală a naibii de costisitoare. Prima cădere psihică m-a costat pe mine – şi asigurarea mea – cinci luni de muncă; consultaţii la psihofarmacolog în valoare de 4.000 de dolari; terapie conversaţională în valoare de 10.000 de dolari; medicamente în valoare de 3.500 de dolari.[640] Fireşte, am economisit mult, pentru că n-am vorbit la telefon, nu m-am dus la restaurant, n-am cumpărat şi n-am uzat haine; iar faptul că am locuit acasă la tata mi-a redus factura la electricitate. Dar chestiunile economice nu-s simple. „Să zicem că poliţa de asigurare îţi acoperă 50 la sută din douăzeci de consultaţii pe an la psihiatru“, spune Robert Boorstin. „Plus, peste o mie de dolari, acoperă 80 la sută din medicamente. Şi asta e socotită o poliţă bună. Cine-şi poate permite aşa ceva? La a doua mea internare, asiguratorul mi-a spus că am atins plafonul, iar fratele meu a trebuit să pună pe cardul său American Express optsprezece mii de dolari, ca să fiu *primit* în spital.“ Ca urmare, Boorstin şi-a dat în judecată asiguratorul şi l-a obligat să plătească facturile, dar resursele pentru astfel de procese sunt foarte puţine. „Acum, cheltuiesc vreo douăzeci de mii de dolari pe an pentru menţinerea sănătăţii mele mintale, fără spitalizare. Până şi cea mai simplă depresie costă probabil de la două mii până la două mii cinci sute de dolari pe an, iar o internare de trei săptămâni începe de la paisprezece mii de dolari.“

De fapt, *Journal of American Medical Association* a estimat recent costul anual al depresiei în SUA la 48 de miliarde: 12 miliarde costuri directe şi 31

de miliarde costuri indirecte. Din această sumă, se pierd 8 miliarde din cauza morţii premature a unor membri cu potenţial productiv ai forţei de muncă; 23 de miliarde se pierd prin absenţă sau pierderea productivităţii la locul de muncă. Aceasta înseamnă că angajatorul mediu pierde doar circa 6.000 de dolari pe an per angajat depresiv.[641] „Modelul folosit în acest studiu“, scrie *JAMA*, „subevaluează costul real pentru societate, deoarece nu include efectele adverse ale durerii şi suferinţei şi alte aspecte legate de calitatea vieţii. În plus, aceste estimări evită exagerările, deoarece studiul n-a luat în calcul alte costuri importante, cum ar fi cheltuielile suplimentare acoperite din bugetul familiilor, spitalizarea excesivă pentru probleme nepsihiatrice cauzate de depresie şi analizele excesive pentru diagnostice medicale generale, când depresia e cauza simptomelor pacientului.“

De când a introdus legislaţia sănătăţii mintale, în 1996,[642] senatorul Wellstone a condus bătălia pentru a scoate în afara legii acest fel de discriminări între bolile mintale şi cele fizice. În vreme ce echivalarea legislativă încă mai are de aşteptat, ideea că *există* o separaţie între bolile fizice şi cele mintale eşuează, şi este convenabil din punct de vedere politic, poate chiar necesar, să aderăm la concepţia biologică, să fie lăsate reacţiile chimice să uşureze răspunderea personală, creând simetrie între boala mintală şi bolile fizice grave. „Ar fi interesant să poţi deschide cândva proces unui asigurator care a refuzat echivalarea şi să afirmi, pe temeiul protecţiei egale, că tulburările mintale *sunt* tulburări fizice şi că nu poţi exclude boala mintală dacă vrei să acoperi toate problemele fizice definite şi descrise de medici“, spune senatorul Domenici. De curând, a fost aprobată legislaţia iniţială a echivalării, dar este „o cutie cu spaghetti, are tare multe găuri“, după spusele membrei Camerei Reprezentanţilor Marcy Kaptur (democrată, Ohio). Nu se aplică la firmele cu puţini angajaţi; permite limite generale în dolari ale îngrijirilor medicale; le îngăduie asiguratorilor să aplice limitări stricte ale duratei internărilor sau ale serviciilor ambulatorii pentru persoanele cu boli mintale; şi le permite asiguratorilor să ceară coplăţi mai mari şi să stabilească sume deductibile mai mari pentru bolile mintale decât pentru cele fizice. Deşi spiritul legii este îmbucurător, nu face prea multe pentru modificarea stării de fapt. Wellstone şi Domenici speră să introducă o lege mai riguroasă.

E greu de găsit cineva din Congres care să se opună în principiu vindecării persoanelor cu boli mintale; „Opoziţia e competiţie“, spune John Porter, membru al Camerei Reprezentanţilor. Deşi declaraţiile despre natura tragică a sinuciderii şi pericolul problemelor psihiatrice se îngrămădesc în Registrul

Congresului, legile care vizează aceste statistici nu sunt date cu uşurinţă. Când creşte aria asigurării, creşte preţul asigurării, iar în SUA zilelor noastre asta înseamnă că mai puţine persoane au asigurare medicală. Patru sute de mii de oameni ies din registrele asigurărilor pentru fiecare creştere de 1 la sută a costului asigurării.[643] Aşa încât, dacă echivalarea bolilor mintale ar fi să salte costul îngrijirii medicale cu 2,5 la sută, încă un milion de americani ar rămâne fără asigurare.[644] Experimentele cu echivalarea au demonstrat că, de fapt, nu e obligatoriu să ridice costurile cu mai mult de 1 la sută; persoanele care primesc îngrijire adecvată a sănătăţii mintale sunt mult mai capabile să-şi regleze regimul alimentar şi exerciţiile fizice şi să se ducă la doctor la timp, pentru ca medicaţia preventivă să fie eficientă, astfel încât asigurarea de sănătate mintală îşi compensează din plin costul. În plus, având din ce în ce mai multe dovezi că persoanele cu depresie majoră sunt mult mai frecvent expuse la o serie de boli (printre care infecţii, cancer şi boli de inimă) decât restul populaţiei, îngrijirea sănătăţii mintale devine o parte a unui program bine echilibrat din punct de vedere economic şi social pentru sănătatea fizică. În locurile în care a fost introdusă echivalarea, costul general suplimentar în primul an este sub 1 la sută pentru asigurarea familială.[645] Cu toate acestea, lobby-ul asigurărilor se teme întotdeauna de scăparea de sub control a costurilor, iar disputele din Senat arată că, în mintea multor oameni, aspectele economice ale îngrijirii sănătăţii mintale sunt încă foarte problematice.

„Amânarea intervenţiei din cauza restricţiilor asigurărilor *nu* are ca rezultat economii“, spune cu tărie membra Camerei Reprezentanţilor Marge Roukema (republicană, New Jersey). „De fapt, se ajunge la costuri mai mari.“ Camera a format Comisia de lucru pentru sănătatea mintală (după ce s-a decis că denumirea „Comisie de lucru pentru bolile mintale“ sună sinistru), condusă de membrele Camerei Reprezentanţilor Roukema şi Kaptur. Discuţiile din Senat au fost despre echivalare, ca aspect al drepturilor civile. „Eu însumi sunt, de fapt, un om al pieţei“, spune senatorul Domenici. „Dar cred că încălcăm drepturile civile când luăm un grup mare ca acesta şi nu zicem decât: «Ei, zbateţi-vă voi mai departe.» Nu-i putem trata pe cei cu boli mintale de parcă ar fi un soi de ciudaţi.“ Senatorul Harry Reid (democrat, Nevada) spune: „Acuma, dacă o tânără doamnă are probleme cu menstruaţia, o ducem pe dată la doctor; ori un tânăr cu astm primeşte cât ai zice peşte îngrijiri. Dar dacă acea tânără doamnă şi acel tânăr n-ar vorbi cu nimeni şi ar cântări o sută cincizeci de kile la un metru jumate înălţime, ei na, şi ce dacă? «Domnule preşedinte», am zis de curând, «cred că ar trebui să avem o

audiere despre sinucidere.» Cheltuim o grămadă de bani ca să ne asigurăm că oamenii conduc cu grijă maşina. O facem ca să ne asigurăm că avioanele sunt sigure. Dar ce facem pentru cele treizeci şi una de mii de vieţi care dispar anual prin sinucidere?“

Cei din Camera Reprezentanţilor s-au axat pe ideea că persoanele bolnave mintal sunt periculoase. Diferite episoade de violenţă legată de boală au devenit simbolice: împuşcarea lui Ronald Reagan de către John Hinckley; Unabomber; împuşcarea a doi poliţişti pe Dealul Capitoliului de către Russell Weston Jr.; episodul în care un bărbat diagnosticat ca schizofrenic, Andrew Goldstein, a împins o femeie în faţa unei garnituri a metroului din New York; salvele de focuri de armă din birourile de poştă şi, mai mult ca orice, îngrozitoarele focuri de armă din şcoli: la Littleton şi Atlanta, în Kentucky şi Mississippi şi Oregon, la Denver şi Alberta. Conform unor comunicate de presă recente, în 1998 peste o mie de omoruri au fost atribuite unor persoane cu boli mintale.[646] Depresia este implicată mult mai puţin frecvent decât boala maniaco-depresivă ori schizofrenia, dar depresia agitată împinge oamenii la acte de violenţă. Concentrarea pe oamenii bolnavi mintal periculoşi sporeşte stigmatul şi întăreşte percepţia negativă a publicului faţă de persoanele cu boli mintale. Totuşi, este extrem de eficient pentru strângerea de fonduri; mulţi oameni care n-ar da bani ca să ajute necunoscuţi scot bucuroşi bani din buzunar ca să se apere, iar folosirea argumentului „oameni ca aceia omoară oameni ca noi“ permite acţiunea politică. Un studiu britanic recent a arătat că, deşi numai 3 la sută dintre persoanele cu boli mintale sunt socotite periculoase pentru ceilalţi, aproape 50 la sută dintre articolele din toată presa despre persoanele cu boli mintale se concentrează pe pericolul reprezentat de ei.[647] „Membri foarte inteligenţi ai Congresului preferă să aibă o mentalitate de buncăr în loc să încerce să înţeleagă problemele de sănătate care sunt motivul actelor îngrozitoare“, a spus membra Camerei Reprezentanţilor Marcy Kaptur, „aşa că vor să ridice garduri din sârmă ghimpată şi să întărească forţele de ordine, pentru a evita probleme care ar trebui să fie rezolvate prin creşterea fondurilor destinate sănătăţii mintale. Cheltuim miliarde de dolari ca să ne apărăm de aceşti oameni, când, cu mult mai puţini bani, am putea să-i ajutăm.“ Preşedintele Clinton – care a avut multe iniţiative pentru apărarea drepturilor persoanelor bolnave mintal şi a sprijinit conferinţa despre bolile mintale ţinută de Tipper Gore la Casa Albă – mi-a spus: „Ei bine, nu putem decât să nădăjduim că oamenii se vor ridica şi vor acorda atenţie urgenţei acestei probleme după tragedia din Littleton, după

Atlanta, după împuşcarea acelor poliţişti pe Dealul Capitoliului. Pentru o schimbare legislativă importantă în zona asta – e nevoie de o tragedie după alta.“

„Oamenii de aici, amabili din fire sau nu, nu iau hotărâri doar pentru că au dreptate într-un sens moral abstract“, arată membra Camerei Reprezentanţilor Lynn Rivers. „Trebuie să faci în aşa fel, încât întreaga populaţie să priceapă că este cu adevărat în interesul *ei*.“ Ea sprijină cu tărie legea propusă de Marge Roukema şi Marcy Kaptur şi, asemenea celor două membre ale Camerei Reprezentanţilor, cere iertare pentru formularea legii. Nu se foloseşte limbajul moral al responsabilităţii etice. Propusă după episodul în care Weston a împuşcat oameni la Capitoliu, vorbeşte despre autoapărare. „*Sigur* că vrem la fel de mult să-i ajutăm pe oamenii cu boli mintale care nu sunt violenţi pe cât vrem să-i controlăm pe cei violenţi“, mi-a spus Marge Roukema. „Noi suntem însă cei de pe platforma interioară. Pentru a atrage orice fel de sprijin substanţial, trebuie să le arătăm oamenilor că a face ceva în această privinţă e în propriul lor interes *nemijlocit*. Trebuie să vorbim despre prevenirea crimelor oribile ale căror victime ar putea fi, în orice moment, ei sau cineva de-al lor. Nu putem pur şi simplu să vorbim despre o stare mai bună, şi mai prosperă, şi mai umană.“ Argumentele economice au fost folosite relativ rar, iar ideea de a scoate oamenii din sistemul de asistenţă socială şi de a-i introduce în sistemul capitalist este încă obscură pentru Congres – cu toate că un studiu efectuat recent de Massachusetts Institute of Technology a arătat că, atunci când oamenii au depresie majoră, capacitatea lor de muncă scade dramatic, dar revine la nivelul iniţial prin tratament cu antidepresive.[648] Alte două studii arată că menţinerea sponsorizată în muncă a persoanelor cu boli mintale este modalitatea cea mai benefică din punct de vedere economic de a ne ocupa de ei.[649]

Cercetări recente care leagă depresia de alte boli încep să aibă greutate din perspectiva legislativului şi chiar a organizaţiilor de întreţinere a sănătăţii (HMO). Dacă depresia netratată ne face să fim mai expuşi la infecţii, cancer şi boli de inimă, atunci ea este o boală prea costisitoare pentru a fi ignorată. Printr-o ironie a politicii, cu cât este mai costisitoare depresia netratată, cu atât mai mulţi bani vor deveni disponibili pentru tratarea ei. John Wilson, care a candidat pentru funcţia de primar al oraşului Washington, D.C., şi care s-a sinucis, a spus cândva: „Cred că mai mulţi oameni mor din pricina depresiei decât de SIDA, probleme cardiace, hipertensiune, de orice altceva, căci eu cred pur şi simplu că depresia provoacă toate aceste boli.“

*

În vreme ce se dezlănţuie disputele legate de echivalarea asigurării, nu se discută despre ce e de făcut cu depresia în rândurile celor care n-au asigurare. Medicare şi Medicaid asigură servicii la diferite niveluri în diferite state, dar nu asigură programe de îngrijire comunitară, iar cei mai mulţi dintre nevoiaşii depresivi nu sunt în stare să se mobilizeze destul ca să caute ajutor. Argumentele în favoarea tratării nevoiaşilor depresivi mi se par copleşitoare, aşa că am urcat pe Dealul Capitoliului, ca să prezint experienţele relatate în capitolul precedent. Eram acolo într-o calitate ciudată, de activist accidental şi de jurnalist. Voiam să ştiu ce se face deja, dar voiam să şi conving guvernul american, cu ajutorul acelor întâmplări care m-au mişcat profund, să continue reformele, care ar sluji interesele naţiunii şi ale poporului. Voiam să arăt că vorbesc în cunoştinţă de cauză. Senatorul Reid a înţeles cu adevărat situaţia: „Acum câţiva ani, m-am deghizat în boschetar, cu şapcă de baseball şi haine zdrenţăroase, şi am petrecut o seară şi o noapte într-un adăpost pentru oamenii străzii din Las Vegas, iar a doua zi am făcut acelaşi lucru în Reno. Puteţi scrie cât poftiţi despre prozac şi despre toate medicamentele miraculoase moderne care pun capăt depresiei. Acestei categorii de oameni nu-i sunt de nici un folos.“ Reid însuşi a crescut în sărăcie, iar tatăl său s-a sinucis. „Am învăţat că, dacă tata ar fi avut cu cine să vorbească şi ar fi avut şi nişte medicamente, probabil că nu şi-ar fi luat viaţa. În prezent însă, nu facem legislaţie pentru aşa ceva.“

Când m-am întâlnit cu senatorul Domenici, copromotorul Legii pentru echivalarea sănătăţii mintale, i-am expus informaţiile anecdotice şi statistice pe care le strânsesem, şi apoi am propus să documentez complet tendinţele ce păreau să fie atât de evident implicate în aceste întâmplări. „Să presupunem“, i-am spus, „că am putea să punem cap la cap informaţii incontestabile şi că prejudecăţile, informarea inadecvată şi spiritul partizan ar putea să fie soluţionate complet. Să presupunem că am putea spune că tratamentul corect pentru sănătatea mintală în cazul persoanelor nevoiaşe cu depresie majoră este în avantajul economiei SUA, al Biroului pentru Problemele Veteranilor, în folosul binelui social – al contribuabililor care plătesc acum preţuri paralizant de mari pentru consecinţele depresiei netratate, precum şi al beneficiarilor acelei investiţii, care sunt în pragul disperării. Care ar fi atunci calea către reformă?“

„În cazul în care întrebaţi dacă ne putem aştepta la o schimbare mare doar pentru că acea schimbare ar fi în avantajul tuturor atât în termeni economici,

cât şi umani“, a spus Domenici, „vă spun cu regret că răspunsul este nu.“ Patru factori blochează dezvoltarea programelor federale pentru îngrijirea nevoiaşilor. Primul, şi poate cel mai fioros, este pur şi simplu structura bugetului naţional. „S-a creat deja spaţiul pentru programe şi costurile programelor“, a spus Domenici. „Problema cu care trebuie să ne confruntăm este dacă programul pe care-l descrieţi va spori şi va cere fonduri noi – nu dacă vor exista sau nu economii globale pentru Trezoreria SUA.“ Nu pot fi reduse imediat alte costuri: nu putem lua într-un an banii din sistemul închisorilor şi de la ajutorul social pentru a plăti un nou serviciu de îngrijire comunitară pentru sănătatea mintală, deoarece avantajele economice ale acelui serviciu cresc lent. „Evaluarea pe care o facem sistemului de îngrijiri medicale nu e centrată pe rezultate“, a confirmat Domenici. Al doilea este faptul că membrilor conducerii republicane a Congresului SUA nu le place să dea directive industriei de îngrijire a sănătăţii. „Ar fi o mandatare“, a spus Domenici. „Există oameni care ar susţine acest fel de legislaţie la fiecare nivel, dar care se opun din punct de vedere ideologic mandatării statelor, mandatării companiilor de asigurări, mandatării oricui.“ Legea federală, legea McCarran-Ferguson, face din administrarea asigurărilor de sănătate o problemă de stat.[650] Al treilea este că e greu să determini nişte oameni aleşi pe termen limitat să se concentreze pe îmbunătăţirea pe termen lung a infrastructurii sociale, şi nu pe spectacolul rapid al efectelor nemijlocit vizibile asupra vieţii alegătorilor. Iar al patrulea este că, spus cu vorbele triste şi ironice ale senatorului Wellstone, „trăim într-o democraţie reprezentativă. Oamenii apără cauzele de care le pasă celor care i-au votat. Oamenii nevoiaşi depresivi sunt, în ziua alegerilor, acasă, în pat, cu păturile trase peste cap – şi asta înseamnă că nu au cine ştie câtă reprezentare aici, sus. Nevoiaşii depresivi nu sunt ceea ce am numi un grup cu putere.“

E totdeauna ciudat să treci de la experienţe intense cu o categorie de populaţie lipsită de forţă electorală la experienţe intense cu una puternică. Am fost la fel de stimulat de conversaţiile cu membri ai Congresului cât am fost de conversaţiile cu nevoiaşii depresivi. Subiectul echivalării sănătăţii mintale o taie de-a dreptul peste liniile de demarcaţie ale partidelor; republicanii şi democraţii sunt, după cum spune Domenici, „într-un război al ofertelor de preţ, ca să vadă cine iubeşte mai mult Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH)“. Congresul votează în mod consecvent mai mulţi bani pentru NIMH decât prevede bugetul; în 1999, preşedintele Clinton a alocat 810 milioane de dolari;[651] Congresul, condus de membrul Camerei

Reprezentanţilor John Porter, extrem de capabilul preşedinte al subcomitetului pentru alocări, care este la al unsprezecelea mandat consecutiv în Congres şi care este mare admirator al cercetării ştiinţifice fundamentale, a mărit cifra la 861 de milioane. Pentru anul calendaristic 2000, Congresul a mărit subvenţia globală pentru serviciile de sănătate comunitare cu 24 la sută, aducând-o la 359 de milioane de dolari.[652] Preşedintele a cerut biroului său de personal să adopte o atitudine concesivă faţă de persoanele cu boli mintale care caută de lucru. „Dacă e să fim conservatori înţelegători“, a spus Marge Roukema, „am putea foarte bine să începem de aici.“ Fiecare proiect de lege semnificativ despre sănătatea mintală a avut susţinere democrată şi republicană.

Cele mai multe dintre persoanele care luptă în Congres pentru cei cu boli mintale au avut propria poveste care i-a adus în această arenă. Tatăl senatorului Reid s-a sinucis; senatorul Domenici are o fiică schizofrenică, foarte bolnavă; senatorul Wellstone are un frate schizofrenic; Lynn Rivers, membră a Camerei Reprezentanţilor, are o tulburare bipolară gravă; Marge Roukema, membră a Camerei Reprezentanţilor, e măritată de aproape cincizeci de ani cu un psihiatru; pe Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanţilor, l-a influenţat să intre în serviciul public faptul că, într-o vară, pe când era la facultate, a lucrat într-un salon de psihiatrie, unde şi-a creat relaţii cu pacienţi bolnavi mintal. „N-ar trebui să fie aşa“, a spus Wellstone. „Aş vrea să-mi fi dobândit cunoştinţele despre acest subiect doar prin cercetare şi investigare etică. Pentru mulţi oameni însă, problemele bolilor mintale continuă să fie cu totul abstracte, iar urgenţa lor devine evidentă doar când, involuntar, ne adâncim cu mai multă atenţie în acel univers. Avem nevoie de o iniţiativă la nivelul educaţiei care să niveleze drumul celei legislative.“ În 1996, când a fost prezentată în Senat legea echivalării, Wellstone, care vorbeşte cu atâta compasiune despre cei cu boli mintale, de parcă i-ar fi toţi rude, a stat în faţa Congresului şi, într-un discurs de o elocvenţă uimitoare, şi-a descris propria experienţă. Domenici, care în nici un caz nu e un sentimental, şi-a prezentat experienţa mai pe scurt, şi apoi alţi senatori au luat cuvântul şi au spus povestea prietenilor şi a rudelor lor. În acea zi, în Senat a fost mai degrabă EST[653] decât dezbatere politică. „Oamenii au venit la mine înainte de a vota“, îşi aminteşte Wellstone, „şi au zis: «Acest lucru chiar e important pentru tine, nu-i aşa?» Le-am zis: «Da, e mai important ca orice altceva.» Aşa am primit voturile.“ A fost, de la început, mai mult o lege simbolică decât una care ar putea să aducă o schimbare

importantă, deoarece lasă la mâna asiguratorilor hotărârea dacă să mărească sau nu costul total al tratamentului. N-a îmbunătăţit calitatea îngrijirii pacienţilor.

În mod regulat, se dă vina pe programele pentru sănătatea comunitară, dintre care cele mai multe şi-au redus cheltuielile odată cu tăierea fondurilor la sfârşitul anilor ’90, pentru acţiunile violente ale celor care se presupune că sunt cuprinşi în ele; dacă ar putea să-i ţină pe toţi potoliţi, şi-ar face treaba, după standardele unei mari părţi din lume. Incapacitatea lor de a-i apăra pe oamenii sănătoşi de cei bolnavi le atrage atacurile presei. Se examinează adesea problema dacă ele slujesc sau nu interesele binelui; rareori e pusă pe tapet problema dacă ele ajută sau nu comunitatea-ţintă. „O parte uriaşă din dolarii obţinuţi din taxele federale intră în aceste programe“, a spus membra Camerei Reprezentanţilor Marge Roukema, „şi există dovezi solide că banii sunt canalizaţi către tot soiul de proiecte locale irelevante“. Membrul Camerei Reprezentanţilor Wise a descris dezbaterea despre serviciile sanitare iniţiată de Clinton în 1993 ca pe „o experienţă deprimantă în sine“ şi a spus că Institutele Naţionale pentru Sănătate (National Institutes of Health – NIH) nu oferă informaţiile concrete care să arate camerelor de comerţ locale de ce echivalarea universală ar fi în avantajul lor. Clinicile comunitare pentru sănătatea mintală, acolo unde există, tind să se concentreze pe probleme relativ necomplicate, ca divorţul. „Ele ar trebui să se ocupe de oferirea medicamentelor, de urmărirea cazurilor şi de consiliere în gama completă de afecţiuni“, a spus membra Camerei Reprezentanţilor Marcy Kaptur.

Internarea este un subiect de dispută între o comunitate legală care sprijină libertăţile civile şi o comunitate a ajutorului social şi legislativă care vizitează oamenii nebuni şi suferinzi şi consideră că e un delict să nu intervină. „Susţinătorii libertăţilor civile, care au concepţii extreme în această privinţă, sunt atât incompetenţi, cât şi inconsecvenţi“, a spus Marge Roukema. „În numele libertăţilor civile, le impun oamenilor pedepse crude şi neobişnuite, în ciuda faptului că societatea dispune de ştiinţa care ar putea oferi o cale mai bună. Asta e cruzime; dacă le-am face aşa ceva animalelor, ASPCA[654] ar sări pe noi. Dacă oamenii nu-şi iau medicamentele şi nu-şi urmează până la capăt tratamentul, poate că ar trebui să se autorizeze reinternarea lor în instituţii specializate.“ Aceste politici au precedente. Tratarea tuberculozei este un astfel de exemplu.[655] Dacă o persoană are TBC şi nu e destul de disciplinată ca să ia medicamentele care trebuie în momentul în care trebuie, în unele state o asistentă medicală se duce la ea şi-i dă, în fiecare zi, isoniazidul.

Desigur, TBC e molipsitoare şi, dacă nu este controlată, poate să aibă o mutaţie şi să provoace o criză a sănătăţii publice; dacă însă boala mintală e periculoasă pentru societate, intervenţia poate fi raţionalizată pe modelul TBC.

Legile despre internarea fără acordul pacientului au reprezentat marea problemă a anilor ’70, în zilele de glorie ale internării în instituţii specializate. În zilele noastre, celor mai mulţi dintre oamenii care doresc tratament le este greu să-l obţină; instituţii mari se închid; iar serviciile de îngrijire pe termen scurt dau afară oameni care nu sunt gata să înfrunte lumea pe cont propriu. „Realitatea“, a spus *New York Times Magazine* în primăvara lui 1999, „este că spitalele nu se pot descotorosi [de pacienţi] destul de repede“. Şi totuşi, în vreme ce se petrec toate astea, există şi oameni internaţi împotriva voinţei lor. Cel mai bine este, când se poate, ca oamenii să fie convinşi – nu siliţi – să facă tratamentul. În plus, e important să se stabilească standarde universale pe baza cărora se poate folosi forţa. Cele mai grave abuzuri au fost comise când indivizi necalificaţi sau răuvoitori şi-au arogat puterea de a judeca cine e bolnav şi cine nu şi au internat oameni fără respectarea procedeului cuvenit.

Poţi fi internat într-o instituţie cu liberă ieşire. Cei mai mulţi dintre pacienţii aflaţi în îngrijire pe termen lung sunt liberi să umble pe aleea de acces pentru maşini şi pe stradă: doar câţiva sunt în supraveghere douăzeci şi patru din douăzeci şi patru de ore sau în unităţi medico-legale. Contractul dintre o instituţie de îngrijire şi cei aflaţi în ea este voluntar. Cei care studiază legile tind să încline spre a lăsa oamenii să-şi conducă singuri viaţa, chiar dacă merg spre autodistrugere, în vreme ce asistenţii sociali specializaţi în psihiatrie şi oricine altcineva a avut a face cu persoane bolnave mintal tind să fie adepţii intervenţionismului. Cine trebuie să decidă când să i se dea cuiva libertatea de a face cum îl taie capul şi când să i se refuze? În linii mari, concepţia celor de dreapta este că nebunii trebuie să fie închişi, ca să nu tragă societatea în jos – chiar dacă nu reprezintă o ameninţare activă. Concepţia celor de stânga este că nimănui n-ar trebui să i se încalce libertăţile civile de către oameni care acţionează în afara principalelor structuri ale puterii. Concepţia celor de la mijloc este că unii oameni au nevoie să fie duşi la tratament, iar alţii nu. Dat fiind că împotrivirea la diagnosticare şi rezistenţa disperată la tratament se numără printre simptomele bolilor mintale, internarea fără acordul pacientului continuă să fie o parte necesară a terapiei.

„Trebuie să-i tratăm pe aceşti oameni ca pe oameni, să le respectăm individualitatea, dar să-i conectăm la curentul dominant“, explică membra

Camerei Reprezentanţilor Marcy Kaptur. Uniunea Americană a Libertăţilor Civile (American Civil Liberties Union – ACLU)[656] adoptă o poziţie moderată. S-a publicat declaraţia că „libertatea de a bântui pe străzi, de a fi psihotic, bolnav, într-o stare de degradare şi netratat, în condiţiile în care există o perspectivă rezonabilă de tratare eficientă, nu e libertate; e abandonare“. Problema este că, de prea multe ori, alegerea este între internarea completă şi abandonarea totală: sistemul prezent e centrat pe psihoza explicită şi duce mare lipsă de soluţii de îngrijire intermediară de care au nevoie majoritatea depresivilor. Trebuie să verificăm oamenii care vorbesc incoerent pe străzile noastre, să evaluăm fluctuaţiile tendinţei lor de suicid, să stabilim pericolul lor potenţial pentru ceilalţi – şi apoi să încercăm să prevedem cine anume, după ce se împotriveşte tratamentului, când se vindecă, va fi recunoscător pentru că i s-a impus tratamentul.

Nimeni nu vrea cu adevărat să fie depresiv, dar unii oameni nu vor să se facă bine aşa cum aş defini eu acel *bine*. Ce opţiuni ar trebui să aibă? Trebuie să-i lăsăm să se închidă în boala lor? Trebuie să plătim cheltuielile sociale ale acestei replieri? Prin ce anume metode ar trebui să punem capăt acestor aspecte? Potenţialul birocratic este îngrozitor, iar problema dificilei negocieri referitoare la cine are nevoie de ce anume nu va fi niciodată rezolvată de-a binelea. Dacă acceptăm ideea că va fi cu neputinţă să cumpănim perfect, trebuie să admitem că avem două opţiuni: să închidem nişte oameni care ar trebui să fie liberi – sau să eliberăm nişte oameni care se vor distruge singuri. Problema reală nu este *dacă* trebuie să li se impună oamenilor tratament, ci *când* trebuie să li se impună şi de către *cine*. Nu pot examina această problemă fără să-mi vină în minte Sheila Hernandez, biata femeie seropozitivă care s-a împotrivit internării la Hopkins Hospital, care voia să fie lăsată liberă să moară – şi care acum e încântată că e vie, şi telefonul ei mobil sună la fiecare minut. Îmi amintesc însă şi de băiatul coreean cu paralizie cerebrală, un pacient cu multiple tulburări acute, inclusiv dizabilităţi fizice care-l împiedică să se sinucidă, silit să ducă o viaţă în care nu va fi nicicând fericire şi din care nu i se îngăduie să evadeze. Deşi m-am tot gândit şi am sucit în minte lucrurile, nu pot găsi răspunsul corect la această întrebare.

Problema agresiunii a dat naştere legilor defensive; cu toate că puţine persoane depresive sunt violente, ele se încadrează în prevederile legale ale schizofreniei. Cei cu boli mintale sunt un grup divers, iar abordarea monolitică a legilor despre bolile mintale provoacă multă suferinţă. De la procesul de referinţă din 1972 împotriva Şcolii Willowbrook[657] – o instituţie

pentru persoane retardate mintal, care, printre altele, făcea experimente pe pacienţi care nu erau informaţi despre acest lucru – a dominat politica de asigurare a „plasamentului cel mai puţin restrictiv“ cu putinţă. Dacă bolnavii mintal sunt lipsiţi de drepturi din cauza comportamentului lor agresiv, îşi pierd drepturile şi din cauză că statul îşi asumă autoritatea de *parens patriae*, luând o poziţie protectoare, cam aşa cum procedează în cazul minorilor. ACLU nu crede că autoritatea de *parens patriae* trebuie extinsă, şi e sigur că sunt locuri – cum ar fi Uniunea Sovietică – în care s-a abuzat de ideea de *parens patriae*; e o sintagmă asociată prea mult cu puterea poliţienească paternalistă. Dar cât de multă suferinţă trebuie suportată în apărarea unui astfel de principiu juridic?

Centrul de Promovare a Tratamentului (Treatment Advocacy Center – TAC), cu sediul în Washington, D.C., este organismul cel mai tradiţional în privinţa tratamentului, iar poziţia celor de acolo este că oamenii ar trebui să fie internaţi chiar dacă nu reprezintă un pericol clar şi actual. Jonathan Stanley, directorul adjunct al centrului, se plânge că numai elementele criminale primesc tratament. „Oamenii dau mult mai multă atenţie riscului de unu la două milioane să fie împinşi sub o garnitură de metrou decât riscului de sută la sută să întâlnească în orice zi douăzeci de psihotici în Central Park.“ Pentru Stanley, dezinstituţionalizarea a fost rezultatul nefericit al faptului că susţinătorii libertăţilor apără persoanele „greşite“, în vreme ce guvernul reduce frenetic costurile. Dezinstituţionalizarea trebuia să se traducă printr-un larg evantai de îngrijiri în cadrul comunităţii, dar nu s-a petrecut nimic de felul acesta. Consecinţa dezinstituţionalizării a fost dispariţia sistemului de tratament pe mai multe niveluri, în care oamenii sunt readuşi cu tact în comunităţile lor: de mult prea multe ori pacienţii au parte fie de încarcerare, fie sunt lăsaţi să se descurce cum vor fi ştiind. Ideea asigurării unor forţe complete de ajutor social, care să-i scoată pe oameni din disperare şi să-i ducă la niveluri înalte de funcţionare încă n-a prins rădăcini în cercurile guvernamentale. TAC a susţinut cu forţă acţiunile legislative cum sunt Legea Kendra, o lege dată la New York, care dă posibilitatea deschiderii de procese împotriva persoanelor cu boli mintale care nu-şi iau medicamentele, incriminându-l pe bolnav. Oamenii depresivi sunt duşi la tribunal, amendaţi şi apoi lăsaţi iar pe străzi să se descurce singuri, dat fiind că nu există spaţii sau fonduri pentru a oferi un tratament extensiv. Dacă creează prea multe necazuri, sunt închişi ca delincvenţi: rezultatul dezinstituţionalizării a fost, în multe cazuri, mutarea oamenilor, din spitale, în

închisori. Iar în închisori – unde au parte de tratament incorect şi nepotrivit cu nevoile lor –, ei creează foarte multe necazuri. „Nimeni“, susţine Stanley, „nu doreşte atât de mult un bun sistem de sănătate mintală ca un gardian de închisoare.“

Cei de la Centrul Bazelon din Washington, D.C., de la extremitatea liberală a spectrului, cred că internarea trebuie să se facă totdeauna din propria iniţiativă a pacientului şi socotesc că bolile mintale sunt interpretabile. „Presupusa lipsă de înţelegere din partea persoanei“, au spus ei, „nu este adesea decât dezacordul cu specialistul care aplică tratamentul.“ Uneori, aşa este; dar nu mereu.

Administraţia Veteranilor, care continuă să fie convinsă că afecţiunile psihiatrice nu se potrivesc cu bărbaţii puternici din armată, cheltuieşte pe domeniul psihiatric mai puţin de 12 la sută din bugetul său de cercetare.[658] În realitate, tulburările psihiatrice s-ar putea să fie cele mai frecvente probleme ale veteranilor, la care apare o rată înaltă de tulburări de stres posttraumatic, lipsa unui domiciliu şi abuz de substanţe toxice.[659] Dat fiind că o mare parte din banii contribuabililor au fost deja cheltuiţi cu antrenarea acestor bărbaţi şi femei, relativa neglijare a lor este deosebit de supărătoare şi dezvăluie şi mai mult simplicitatea politicilor din domeniul sănătăţii mintale. Veteranii depresivi, mai ales cei care au luptat în Războiul din Vietnam, reprezintă o mare parte din populaţia fără domiciliu din America. Aceşti oameni au suferit două traume, una după alta. Prima este războiul însuşi, oroarea de a omorî oameni, de a vedea dezolare peste tot şi de a rezista în situaţii foarte periculoase. Cealaltă este intimitatea silită şi dinamica de grup; mulţi veterani aproape că au devenit dependenţi de modelele organizatorice ale armatei şi se simt pierduţi când sunt lăsaţi să se descurce singuri şi trebuie să-şi organizeze singuri activităţile. Comitetul Veteranilor a estimat că 25 la sută dintre veteranii care ajuns la spital au diagnosticul principal de boală psihică.[660] Întrucât peste jumătate dintre toţi medicii din SUA au avut o formă de pregătire în spitalele veteranilor, prejudecăţile din aceste instituţii se propagă spre spitalele civile şi serviciile de urgenţe.[661]

Membra Camerei Reprezentanţilor Marcy Kaptur relatează vizita pe care a făcut-o la un spital al Administraţiei Veteranilor din apropiere de Chicago. Era la serviciul de urgenţe, când poliţia a adus un bărbat care avea probleme, iar asistenta socială care era de serviciu a spus: „A, e unul dintre militarii de carieră.“ Marcy Kaptur a întrebat-o ce a vrut să spună, iar femeia i-a explicat că bărbatul era internat a şaptesprezecea oară pentru probleme de sănătate

mintală. „Îl primim aici; îl punem în ordine; îi dăm medicamentele cuvenite; îl lăsăm să plece; iar peste câteva luni vine înapoi.“ Ce se poate spune despre un sistem al sănătăţii mintale în care se întâmplă astfel de lucruri? „Şaptesprezece internări pentru îngrijiri de urgenţă“, spune Marcy Kaptur. „Ştiţi câţi bani ne-ar rămâne ca să ajutăm alţi oameni dacă am evita şaptesprezece internări şi am oferi o îngrjire adecvată în cadrul comunităţii? Costul tratamentului incorect este mult mai mare decât al tratamentului corect.“

Se pare că mergem înapoi, spre internarea fără acordul pacientului, că am închis cercul. Am trecut de la un sistem monolitic şi malign al sănătăţii mintale pentru cei depresivi la unul destructurat, restrictiv. „Lucrurile stau mai bine decât în vechiul sistem“, spune Ben Haroules de la Uniunea pentru Libertăţi Civile din New York (New York Civil Liberties Union), „dar, dacă ne gândim cât de multe ştim acum despre originile şi tratarea bolilor mintale, sistemul public apare şi mai înapoiat decât acum douăzeci de ani.“ Realitatea este că unii oameni nu sunt capabili să hotărască singuri şi au cu adevărat nevoie de internare fără acordul lor; alţii, cu toate că sunt bolnavi, n-au nevoie de o astfel de internare. Cel mai bine ar fi să se asigure un sistem proporţionat de îngrijire, care să poată oferi servicii complete, la diferite niveluri, şi care să includă programe energice de îngrijire comunitară pentru pacienţii care se tratează ambulatoriu şi la care există probabilitatea de a se abate de la tratament. E nevoie să se stabilească linii orientative pentru o procedură echitabilă, în vederea supunerii tuturor celor care au nevoie de internare la aceleaşi examinări, între care trebuie incluse verificările şi ajustările. Respectiva procedură trebuie să ţină cont atât de ameninţarea pe care o poate reprezenta pentru societate un om bolnav, cât şi de suferinţa de care ar putea fi cruţată o persoană bolnavă. Trebuie stabilite norme pe baza cărora oamenii să fie duşi la închisoare, să fie internaţi fără acordul lor la o secţie de psihiatrie sau să facă tratament psihiatric din proprie iniţiativă. Trebuie să se creeze spaţiu pentru persoanele care, pe deplin informate şi fără costuri semnificative pentru ceilalţi, doresc să evite tratamentul. Trebuie să se creeze un sistem eficient şi dezinteresat, care să supravegheze aceste chestiuni.

Lynn Rivers e singurul membru al Congresului SUA care a ieşit din anonimatul luptei sale cu boala mintală. S-a căsătorit la optsprezece ani, fiind gravidă. La început, a lucrat la bucătăria unui restaurant şi ca vânzătoare de vase Tupperware, ca să-şi ajute familia. Simptomele au început la puţină

vreme după ce a născut prima fetiţă. Când boala s-a agravat, s-a dus la doctor. Soţul ei, lucrător în industria automobilelor, avea o asigurare comună Blue Cross/Blue Shield. „Cred că acoperea şase consultaţii la psihiatru“, mi-a spus ironic. În următorul deceniu, o jumătate din banii câştigaţi de ea şi de soţul ei s-a dus pe notele de plată la psihiatri. La douăzeci şi unu de ani, îi era greu să lucreze şi-i era frică să răspundă la telefon. „A fost groaznic. Vreme îndelungată. Crizele de depresie durau luni întregi. Mi-am petrecut luni întregi în pat. Dormeam douăzeci şi două de ore pe zi. Oamenii îşi închipuie adesea că depresia e ceva trist: indiferent ce le spun celorlalţi din legislativ, ei nu ştiu. Ei nu înţeleg cum e cu acest gol, cum e cu acest imens nimic.“

Confruntat cu costurile tratamentului, soţul lui Lynn Rivers avea două slujbe cu program întreg şi, în cea mai mare parte a timpului, o a treia, cu program redus: îşi păstrase locul într-o fabrică de automobile, lucra la universitate şi livra pizza serile. O vreme, a distribuit ziare la domiciliu şi a lucrat la un magazin de jucării. „Nu ştiu unde găsea atâta putere“, spune Lynn Rivers. „Amândoi am făcut ce trebuia făcut. Nu-mi închipui cum ar fi să treci printr-o boală mintală gravă fără sprijinul familiei. Oricum, a fost oribil, iar dacă familia, dacă furia…“ Lynn Rivers a tăcut un pic. „Nu ştiu cum poate supravieţui cineva. El m-a îngrijit şi pe mine. Aveam doi copii mici. Puteam face câte ceva pentru ei, dar nu mare lucru. Ne-am ridicat cumva deasupra realităţii şi am scos-o la capăt.“ Lynn Rivers încă se mai simte vinovată pentru copii, „cu toate că nici dacă mi-aş fi rupt spatele într-un accident de maşină n-aş fi fost mai neputincioasă, şi m-aş fi simţit îndreptăţită să am nevoie de atâta timp pentru vindecare. Dar aşa, de câte ori copiii mei aveau probleme la şcoală sau intrau în vreo belea, îmi ziceam că e din cauza mea şi din cauză că n-am fost acolo şi n-am făcut asta şi n-am făcut aia. Sentimentul de culpă m-a însoţit tot timpul, vinovăţia pentru lucrurile pe care nu le puteam controla.“

În cele din urmă, a găsit, la începutul anilor ’90, „combinaţia perfectă de medicamente“: acum, ia litiu (doza ei ajunsese la 2.200 mg pe zi, dar acum s-a stabilizat la 900), desipramină şi buSpar. De îndată ce s-a simţit destul de bine, a început să lucreze în serviciul public. „Sunt eu însămi reclamă umblătoare şi vorbitoare pentru cercetarea din domeniul bolilor psihice. Am dovedit-o. Dacă investeşti în mine, te alegi cu beneficii. Iar acest lucru e adevărat pentru majoritatea oamenilor care suferă de această tulburare: nu-şi doresc decât o şansă ca să devină productivi.“ Lynn Rivers a făcut o facultate, studiind şi ocupându-se, în acelaşi timp, de familia ei; şi-a luat licenţa cu

rezultate dintre cele mai bune; şi a urmat apoi facultatea de drept. Pe când se apropia de treizeci de ani şi-şi ţinea relativ sub control boala, a fost aleasă în consiliul de conducere de la Ann Arbor. După doi ani, din alte motive decât boala iniţială, a suferit o histerectomie şi, pentru că a devenit anemică, a lipsit de la muncă şase luni. Când s-a hotărât să candideze pentru Congres, „contracandidatul meu a aflat că am avut o boală mintală şi a încercat să spună că am lipsit de la muncă în acea perioadă, deoarece am avut o cădere psihică.“ Lynn Rivers era invitată într-o emisiune radiofonică în care se primeau apeluri telefonice de la ascultători, şi cineva, pus anume, a întrebat-o dacă e adevărat că a avut o problemă cu depresia. Ea a recunoscut imediat că a avut şi că i-au trebuit zece ani ca să-şi stabilizeze starea. După interviu, s-a dus la o întrunire a comitetului de conducere al filialei locale a Partidului Democrat. Când a intrat, un ştab de la filială i-a spus: „Lynn, te-am auzit la radio. Ce-ai făcut? Ţi-ai ieşit din minţi?“ Iar ea a răspuns, liniştită: „Sigur, doar ăsta-i scopul emisiunii.“ Atitudinea ei senină, calmă, faţă de problemă a făcut ca aceasta să nu mai fie o problemă. A fost aleasă.

Alţi câţiva membri ai Congresului i-au spus lui Lynn Rivers despre boala lor depresivă, dar se tem să le spună alegătorilor lor. „Un coleg mi-a spus că ar vrea să le spună oamenilor, dar simte că nu poate. Nu-i cunosc pe alegătorii lui. Poate că nu poate. Cei mai mulţi dintre oamenii care au depresie nu judecă foarte limpede, pentru că sunt împotmoliţi în sentimentul de culpă. E o boală foarte singuratică. Dar, în acelaşi fel în care prietenii mei gay spun că dezvăluirea adevărului le-a luat de pe umeri o mare povară, m-am eliberat: depresia mea nu mai este o problemă.“ Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanţilor, numeşte boala psihică „secretul de familie pe care-l are oricine“.

„Trebuie să te bazezi pe tine însuţi“, spune Lynn Rivers. „Trebuie să găseşti serviciile de sănătate mintală comunitară. Să se înregistreze că am ricanat când aţi pomenit de «sănătate mintală comunitară». Auziţi, dacă vă aşteptaţi ca un muncitor din industria automobilelor să traverseze atelierul ca să-i zică reprezentantului său sindical: «Fecioru-meu are schizofrenie, nevastă-mea are boala maniaco-depresivă, fiică-mea are crize de psihoză» – ei bine, asta n-o să se-ntâmple niciodată. Ţara asta“, spune ea, „n-a înaintat destul de mult ca noi să putem spune de ce fel de îngrijire avem nevoie. În plus, prescripţiile sunt date adesea de doctori care nu ştiu destul; şi, în încercarea de a economisi bani, organizaţiile de întreţinere a sănătăţii (HMO) le dau un formular care limitează numărul medicamentelor pe care le pot

prescrie. Dacă reacţia ta idiosincratică nu poate fi pusă de acord cu lista de medicamente, nu mai ai ce face!“, spune Lynn Rivers. „Chiar şi când boala e stabilizată, trebuie să înlocuieşti mecanismele de rezolvare a situaţiilor care erau potrivite în contextul bolii şi care nu mai sunt potrivite în contexul sănătăţii.“ E îngrozită de reducerile de fonduri pentru sprijinul psihodinamic continuu, ceea ce, crede ea, va creşte costurile sociale generale. „E un haos“, a spus.

Joe Rogers, director executiv al Asociaţiei pentru Sănătate Mintală din Sud-Estul Pennsylvaniei, e un tip extrem de simpatic, amabil, cu un aer ciudat de autoritate zburlită şi un fel de a vorbi curgător, atrăgător. Poate fi guraliv şi filozofic, dar mai e şi isteţ şi pragmatic, cu ochi care nu-şi părăsesc nici o clipă ţinta. Când ne-am cunoscut, la un prânz într-un hotel din Philadelphia, purta costum albastru, cravată în dungi şi avea o servietă-diplomat din străfundurile căreia părea să izvorască aerul de director. În timp ce mă uitam peste lista de bucate, mi-a spus că a trăit o vreme la New York. „Da? Unde aţi locuit?“, l-am întrebat. „Piaţa Washington“, a zis. A luat o chiflă din coşul cu pâine de pe masă. „Şi eu locuiesc aproape de piaţa Washington“, am răspuns, închizând lista de bucate. „E o zonă grozavă. Unde aţi stat?“ A zâmbit un pic şi a spus: „Piaţa Washington. *În* ea. Pe o bancă. Timp de nouă luni. O perioadă în care am fost fără adăpost.“

Joe Rogers, asemenea lui Lynn Rivers, a trecut de la extremitatea „consumator“ al reţelei de sănătate mintală la extremitatea „furnizor“. Provine dintr-o familie cu patru copii, a crescut în Florida, cu o mamă alcoolică şi un tată care avea arme de foc, şi de obicei era absent, şi, din când în când, avea impulsuri sinucigaşe. Cu toate că părinţii veneau din familii relativ bine situate, disfuncţia lor i-a dus de-a dreptul la sărăcie. „Trăiam într-o casă care se năruia, iar gândacii mişunau peste tot“, îşi aminteşte Rogers. „Câteodată, dispăreau banii de mâncare, şi mai târziu am descoperit că tata avea patima jocurilor de noroc, aşa că nu vedeam un ban din salariul lui, cât o fi fost. Nu muream de foame, dar, faţă de mediul din care veneau părinţii mei, eram tare săraci.“ La treisprezece ani, Rogers s-a retras de la şcoală. Tatăl său obişnuia să ia un Luger şi să-i spună băiatului că e gata să se omoare, iar Rogers a căpătat o oarecare iscusinţă în tratarea situaţiei. „La doisprezece ani, am învăţat să-i iau pistolul şi să-l ascund.“ Între timp, alcoolismul mamei se agrava, aşa că a fost internată de multe ori; şi ea a încercat de câteva ori să se sinucidă, dar Rogers spune că n-o făcea cu toată convingerea. Tatăl lui Rogers a murit înainte ca el să împlinească şaisprezece ani; mama a murit

când el avea douăzeci.

„Privind înapoi, cred că tata ar fi reacţionat la tratament“, spune Rogers. „Nu ştiu dacă şi mama.“ El însuşi a fost multă vreme fără ocupaţie, de la treisprezece până la optsprezece ani, dar la optsprezece ani a început să studieze ca să-şi ia bacalaureatul; a întâlnit o femeie de care i-a plăcut şi a încercat să-şi facă o viaţă a lui. S-a dus la o întrunire a quakerilor, unde a cunoscut un psiholog care a încercat să-l ajute. În cele din urmă, a avut o criză şi, într-o zi, s-a pomenit că stă în maşina sa la un stop şi nu se poate hotărî dacă s-o ia înainte, înapoi, la stânga ori la dreapta. „Nu făceam decât să stau acolo, simţindu-mă cu totul pierdut.“ Curând după aceea, a avut impulsuri serioase de suicid. Prietenul său quaker l-a ajutat să se interneze în spital, unde a fost dignosticat şi i s-a administrat litiu. Era 1971. Rogers nu avea unde să se ducă. Iubita îl părăsise; părinţii muriseră; trăia din ajutorul social.

Rogers a fost internat de mai multe ori. Terapia bazată pe antidepresive era primitivă în acea vreme, iar el lua psihotrope sedative, „care mă făceau să mă simt mort“. Ura spitalul. „Am început să mă prefac că mi-e mai bine, pentru că voiam să plec naibii de acolo.“ Rogers încă nu poate vorbi despre spitalele publice fără să se-nfioare. „Mi-am petrecut şase luni într-unul şi – să nu vorbim decât de miros. Cheltuiesc o sută douăzeci şi cinci de mii de dolari pe an pentru un pacient – ar putea să aibă măcar condiţii decente. Împarţi camera cu alţi doi sau trei oameni. Eşti închis cu ei într-un spaţiu mic. Nu-s prea mulţi angajaţi, şi nu-s bine pregătiţi, şi n-ascultă nimic din ce le spui. Sunt adesea agresivi. Şi foarte autoritari, aspect care nu se potriveşte deloc cu firea mea rebelă. Locurile alea sunt închisori. Câtă vreme există fonduri, nimeni nu se gândeşte la externare – nimeni n-are sarcina să-i scoată pe oameni din birocraţia în care au fost înfăşuraţi. Te distruge, ca persoană, să stai multă vreme într-un astfel de loc.“ În spitale, i s-au administrat sedative puternice, ca să-l facă „ascultător“, cu toate că adesea prin asta nu se reuşea nimic serios în problemele lui; anxietatea sedată şi iritabilitatea fără tratament cu antidepresive nu înseamnă altceva decât retragerea într-o ceaţă de suferinţă. Rogers nu crede că e bine să sileşti un om să facă tratament pe motiv că după aceea o să fie bucuros că ai făcut-o. „Dacă intri într-un bar şi înşfaci un tip care a băut prea mult şi-l bagi într-un centru de dezintoxicare şi-i consiliezi nevasta, s-ar putea să fie bucuros c-ai făcut-o, dar ar însemna încălcarea normelor noastre sociale şi a libertăţilor sale civile“, spune el.

Pentru mine, experienţa vizitării spitalelor publice pentru boli mintale a

fost şocantă. Să fii cu totul nebun într-o lume relativ sănătoasă la minte e ceva derutant şi neplăcut, dar să fii închis într-un loc în care nebunia este norma e absolut oribil. Am aflat tot soiul de poveşti despre abuzuri în sistemul spitalelor publice. Într-o acţiune strălucită şi curajoasă de cercetare sub acoperire, jurnalistul Kevin Heldman s-a internat la secţia de psihiatrie de la Brooklyn Woodhull Hospital, afirmând că are tendinţă de suicid. „Tot mediul era mai degrabă de arest decât de terapie“,[662] scrie el, apoi îl citează pe Darby Penney, asistent special al comisarului Biroului pentru Sănătate Mintală al Statului New York, care a spus: „Din experienţa mea, ultimul loc în care aş vrea să fiu dacă m-aş afla într-o stare de tulburare afectivă ar fi un salon [psihiatric dintr-un spital public].“ La Woodhull, nu era respectată nici una dintre politicile oficiale semnificative legate de sănătatea mintală. Pacienţilor nu li se dădea ocazia să discute sau să interacţioneze cu psihiatri; nu li se făcea vreun program, pur şi simplu se uitau la televizor câte zece ore pe zi; camerele erau murdare; nu puteau afla ce medicamente li se administrează. Erau supuşi sedării şi constrângerii deplin inutile şi fără acordul lor. Singura asistentă medicală cu care Heldman a avut o interacţiune semnificativă i-a spus că, dacă el ar avea un copil, asta i-ar putea ameliora depresia. Pentru aceste servicii, statul New York a plătit 1.400 de dolari pe zi.

Când am examinat instituţiile, eram interesat mai mult de calitatea unui spital bun decât de neajunsurile unui spital necorespunzător. Scopul meu nu era să caut abuzuri, ci să văd dacă însuşi modelul instituţiei de stat este – sau nu – greşit. Problema internării în instituţii specializate e foarte grea şi n-am găsit o soluţie. Serviciile pe termen scurt pentru cei bolnavi mintal pot fi bune sau rele; am petrecut destul de mult timp în saloanele unor astfel de locuri, şi n-aş ezita să mă internez, de exemplu, la Johns Hopkins Hospital dacă aş avea nevoie de astfel de îngrijire. Dar serviciile publice de îngrijire pe termen lung, în care oamenii stau ani întregi sau tot restul vieţii, sunt absolut şi sfâşietor de diferite. Am făcut câteva vizite lungi la Spitalul Norristown, din apropiere de Philadelphia, o instituţie condusă de oameni foarte dornici să-şi ajute pacienţii. Mi-au făcut o impresie bună medicii pe care i-am întâlnit, asistenţii sociali care interacţionează zilnic cu cei internaţi şi administratorul spitalului. Mi-au plăcut câţiva dintre pacienţii pe care i-am cunoscut. Şi, cu toate acestea, Norristown m-a făcut să scrâşnesc din dinţi şi să simt fiori, iar vizitarea lui a fost una dintre cele mai tulburătoare şi mai grele sarcini din cercetarea pentru carte. Aş vrea *mult* mai mult să înfrunt orice fel de deznădejde personală decât să petrec un timp îndelungat la Norristown. Chiar

dacă internarea în instituţii specializate poate fi cel mai bun lucru pe care-l avem în prezent, şi chiar dacă problemele puse de Norristown s-ar putea să nu poată fi soluţionate complet, ele trebuie să fie recunoscute dacă vrem să obţinem veriga-lipsă din legea intervenţionistă.

Spitalul Norristown este un complex care arată, la prima vedere, ca o facultate de rangul al doilea de pe Coasta de Est. E aşezat în vârful unui deal înverzit şi are vedere panoramică. Copaci înalţi, cu coroane bogate, îşi aruncă umbra peste pajişti bine îngrijite; clădirile din cărămizi roşii, în stil neofederal, sunt acoperite de viţă sălbatică; porţile sunt deschise în timpul zilei. Din punct de vedere estetic, pacienţior le e mult mai bine în spital decât afară. Realitatea locului e însă al naibii de apropiată de serialul clasic *Prizonierul*, ori de o versiune lipsită de farmec a lui *Alice în Ţara Minunilor*, în care aparenţa unei logici inaccesibile neagă prăbuşirea completă a logicii. Locul are un vocabular absolut propriu, pe care l-am învăţat încetul cu încetul. „A, nu se simte prea bine“, mi-a spus în taină o pacientă despre alta. „O să ajungă înapoi în clădirea cincizeci, dacă n-are grijă.“ Să-ntrebi pe cineva ce s-a-ntâmplat în „clădirea cincizeci“ nu era bine: în ochii pacienţilor, clădirea cincizeci – serviciile de urgenţă – era blestemată. Când am intrat, în cele din urmă, în clădirea cincizeci, nu era deloc aşa de rău cum lăsase să se înţeleagă ameninţarea, dar, pe de altă parte, clădirea treizeci era îngrozitoare. Cei mai mulţi dintre cei aflaţi acolo se aflau în condiţii de constrângere fizică şi supraveghere constantă, pentru a nu-şi face rău singuri. Unii dintre ei erau înfăşuraţi în plase, ca să fie opriţi de la încercările reale de sinucidere. N-am văzut prea multe intervenţii inadecvate; la cei mai mulţi dintre oamenii trataţi astfel, era nevoie de acest tratament, şi totuşi era groaznic să-i vezi, dar şi mai rău era că erau adunaţi laolaltă, ca figurile de ceară ale criminalilor în pivniţă la Madame Tussaud. Ierarhia clădirilor şi numerelor, teama, interdicţia libertăţii – toate şuşotite prin complex – nu făceau decât să agraveze starea cuiva care suferea deja de depresie.

Eram îngrozit să fiu acolo. Era ca vorbitul despre funie în casa spânzuratului. Aş fi ajuns oare într-un astfel de loc dacă aş fi fost sărac şi singur şi dacă boala nu mi-ar fi fost tratată? Simpla posibilitate mă făcea să-mi vină s-o iau la goană zbierând prin porţile alea frumoase şi să nu mă opresc decât în patul meu, în siguranţă. Oamenii aceştia nu aveau afară vreun loc pe care să-l poată considera acasă. Chiar şi când erau prezenţi toţi medicii şi asistenţii sociali, cei bolnavi mintal erau mai mulţi, şi am avut o senzaţie groaznică de „noi“ şi „ei“. Dat fiind că tulburările afective ocupă locul doi pe

lista celor mai obişnuite diagnostice din spitalele de stat pentru boli psihice,[663] nu mi-am dat seama, în ce mă priveşte, dacă făceam parte mai degrabă din categoria „noi“ decât din categoria „ei“. Ne trăim viaţa pe baza normelor consensuale şi ne agăţăm de raţiune, pentru că e afirmată iar şi iar. Dacă ne-am duce într-un loc în care totul e plin cu heliu, am putea înceta să credem în gravitaţie, pentru că ar fi atât de puţine dovezi ale ei. La Norristown, am constatat că tangenţa mea cu realitatea devine fragilă. Într-un astfel de loc, n-ai nici o certitudine, iar sănătatea mintală devine la fel de ciudată în raport cu contextul ca nebunia în lumea de afară. De câte ori m-am dus la Norristown, am simţit că psihicul meu îşi pierde greutatea şi începe să se dezintegreze.

Prima vizită acolo, organizată prin intermediul administraţiei, a fost într-o încântătoare zi de primăvară. Eram cu o femeie depresivă, care acceptase să stea de vorbă cu mine. Şedeam într-un fel de chioşc de pe o colină frumoasă şi beam cafea cu neputinţă de băut din pahare de plastic pe jumătate înmuiate de băutura călâie. Femeia cu care stăteam de vorbă ştia să se exprime şi era „prezentabilă“, dar nu eram în largul meu, şi nu numai din pricina cafelei cu aromă de plastic. Când am început să vorbim, au apărut persoane care nu cunoşteau convenţiile sociale şi s-au aşezat între noi doi ori ne-au întrerupt ca să mă întrebe cine sunt şi ce fac acolo, sau, la un moment dat, cineva a venit şi m-a bătut uşurel pe ceafă, de parcă aş fi fost un terrier Bedlington. O femeie pe care n-o mai văzusem în viaţa mea a stat o vreme la vreo trei metri de noi, privind ţintă, apoi a izbucnit în plâns şi a ţinut-o aşa, în ciuda încercărilor mele de a o linişti. „A, e o smiorcăită“, mi-a explicat cineva, încurajator. Oamenii care nu erau nebuni înainte de a ajunge în locul ăsta erau cu siguranţă nebuni când plecau. Cei internaţi la Norristown sunt mult mai puţini decât în zilele de glorie ale spitalului de boli mintale şi ale antrepozitului, aşa că peste jumătate dintre clădirile din complex sunt părăsite. Clădirile goale, multe construite în anii ’60 în stilul utilitarist, modernist al şcolilor de cartier, răspândesc o fantomatică ameninţare; zăvorâte cu lanţuri, goale de ani întregi, evocă, între grinzile lor şi în tăcerea lor absentă, un exces verzui de viaţă purulentă.

Pacienţii schizofrenici umblă prin Spitalul Norristown, vorbind cu marţieni pe care noi, ceilalţi, nu-i putem vedea. Un tânăr furios izbea în pereţi cu pumnii, în vreme ce pacienţi aflaţi în pragul catatoniei se holbau, cu chipurile încremenite, nemişcaţi, depresivi sau sedaţi. Mobilierul de felul celui „cu care nu te poţi răni“ era vechi şi uzat, la fel de degradat ca oamenii care-l foloseau. Decoruri spălăcite din carton, făcute pentru sărbători de mult trecute,

împodobeau un hol, ca şi cum ar fi fost acolo de când pacienţii erau la grădiniţă. Nimeni nu-şi amintise să le ofere acestor oameni starea de adult. În fiecare dintre cele vreo douăsprezece vizite la Norristown, cineva care susţinea că sunt mama ei m-a bombardat cu întrebări al căror răspuns n-aveam cum să-l ştiu, iar cineva care părea neliniştit şi foarte iritabil mi-a spus să plec de acolo imediat, s-o şterg înainte să iasă bucluc. Un bărbat cu o diformitate gravă a feţei se declarase prietenul meu şi mi-a spus că nu trebuie să bag în seamă, nu trebuie să plec; până-ntr-o lună, toată lumea o să se-nveţe cu mine. „Nu eşti prea rău, nu eşti prea urât, stai pe-aici, o să te obişnuieşti“, zicea el cu mintea în altă parte, într-un fel de monolog monoton, la care eu, în cel mai bun caz, eram un accesoriu. O femeie necuviincios de grasă cerea bani şi mă tot apuca de umeri, ca să fie mai convingătoare. Nici o clipă nu puteam scăpa de acel *basso continuo* al larmei nonverbale de la Norristown, care se auzea permanent dincolo de tirul cuvintelor: oameni care izbeau ceva, oameni care ţipau, oameni care sforăiau tare, oameni care bolboroseau, oameni care plângeau, oameni care scoteau zgomote ciudate, gâtuite, ori dădeau fără ruşine vânturi, tusea chinuitoare a bărbaţilor şi femeilor a căror singură plăcere e fumatul. Nu există iubire pripăşită prin aceste locuri; vacarm, vacarm, vacarm: asta musteşte din pereţi şi din podea. Nu-i destul loc la Norristown, în ciuda clădirilor încuiate şi a pajiştii. Pacienţii de aici sunt robii suferinţei. Patruzeci la sută dintre pacienţii din astfel de instituţii sunt acolo din cauza depresiei; s-au dus – să se vindece – în unele dintre cele mai deprimante locuri de pe pământ.

Şi totuşi, Norristown a fost cea mai bună instituţie publică de îngrijire pe termen lung pe care am vizitat-o, iar cei care o conduc m-au impresionat nu numai pentru că sunt devotaţi, ci şi inteligenţi şi buni la suflet. Majoritatea pacienţilor sunt în cea mai bună stare de sănătate cu putinţă. Locul nici nu se compară cu Bedlam; toţi pacienţii sunt bine hrăniţi, iau medicamentele potrivite şi sunt salutar supravegheaţi cu toţii, cu grijă părintească, de un personal experimentat. Rareori se răneşte cineva la Norristown. Toţi sunt curaţi şi îmbrăcaţi decent. În general, pacienţii pot să spună ce boală au şi de ce sunt acolo. Personalul, cu multă dăruire, dă dovadă de un uimitor nivel de caritate în secţiile de care răspunde şi, deşi locul dă impresia de nebunie, dă şi impresia de siguranţă. Pacienţii sunt protejaţi aici atât de lumea exterioară, cât şi de eul lor, ce inspiră frică. Punctele slabe ale locului sunt doar cele specifice îngrijirii de lungă durată.

După câţiva ani în spital, Joe Rogers a fost mutat din instituţia de îngrijire

pe termen lung într-o casă intermediară de sănătate din Florida, unde a primit un tratament mai bun şi nişte medicamente potrivite. „Dar am început să mă văd altfel – am început să mă văd ca suferind de o boală psihică. Mi-au spus că sunt incurabil şi nu vedeau ce rost ar avea să mă duc la şcoală. Aveam douăzeci şi ceva de ani. Au spus că trebuie să iau ajutor social şi să stau acolo. Până la urmă, m-am îmbolnăvit foarte tare şi mi-am pierdut cu totul conştiinţa de sine.“ Când a plecat, a rămas pe stradă, unde a trăit o mare parte din acel an. „Cu cât încercam mai mult să mă adun, cu atât mă împrăştiam mai tare. Am încercat o cură geografică. Era vremea să mă descotorosesc de obiceiuri şi de relaţii. Am hotărât că ar fi grozav să fiu în New York City. Habar n-aveam ce fac acolo. În cele din urmă, am găsit o bancă din parc care nu era prea rea – pe atunci, nu erau atât de mulţi oameni fără adăpost în New York, şi eram un puşti alb destul de arătos. Aveam părul mare, dar nu slinos, şi oamenii au început să se intereseze de mine.“

Rogers îşi spunea povestea străinilor, care-i dădeau un ban, dar nu dezvăluia nici o informaţie care l-ar fi putut duce înapoi la spital. „Îmi ziceam că, dacă mă-ntorc acolo, nu mai ies niciodată. Mă gândeam c-o să pună gheara pe mine. Pierdusem orice speranţă, dar mi-era prea frică de durere ca să mă omor.“ Era în 1973. „Îmi amintesc de toată acea zarvă la care am asistat odată, de toţi oamenii ăia care se bucurau, şi, când i-am întrebat de ce, au zis că s-a terminat Războiul în Vietnam. Şi am zis: «O, asta da!» Dar nu pricepeam ce e aia, ori ce se petrece. Cu toate că-mi amintesc că am participat odată la un marş împotriva războiului.“ Apoi, a început să fie tot mai frig, şi Rogers nu avea palton. Dormea pe pontonul cel mare de pe râul Hudson. „Pe atunci, credeam că m-am înstrăinat aşa de tare de restul lumii, încât, dacă mă apropii de cineva, o să se-ngrozească. Nu mă spălasem şi nu-mi schimbasem hainele de multă vreme. Probabil că eram dezgustător. Au venit tipii ăia de la o biserică – ştiam că mă văzuseră împleticindu-mă pe acolo – şi mi-au zis că mă duc la YMCA, în East Orange. Dacă ar fi zis că mă duc la spital, fugeam mâncând pământul şi nu mă mai vedeau vreodată. Dar n-au făcut asta; m-au observat o vreme, şi au aşteptat până ce am fost pregătit, şi mi-au dat de făcut ceva ce eram în stare să fac. N-aveam nimic de pierdut.“

Aşa a avut Rogers a face pentru prima oară cu programele de îngrijire comunitară, care aveau să devină piatra de temelie a politicii sale sociale. „De obicei, oamenii izolaţi şi dezorientaţi îşi doresc cu disperare un pic de contact uman“, spune Rogers. „Programele de îngrijire comunitară pot funcţiona. Trebuie să vrei să te duci tu la ei şi să-i tot angrenezi până ce sunt gata să vină

cu tine.“ Joe Rogers a fost depresiv; depresia este o boală ce năpădeşte personalitatea şi o striveşte, dar personalitatea lui Rogers a fost foarte perseverentă. „Simţul umorului a fost, poate, lucrul cel mai important“, spune el acum. „Chiar şi când eram în culmea nebuniei şi a deprimării, tot găseam prilej de glumă.“ A stat câteva luni la YMCA din East Orange şi a primit de lucru într-o unitate de spălat maşini. Mai târziu, s-a mutat la YMCA din Montclair, unde şi-a întâlnit viitoarea soţie. Căsătoria a avut „o uriaşă influenţă stabilizatoare“. Rogers a hotărât să se ducă la facultate. „Într-un fel, făceam cu schimbul. Ea trecea prin perioade de comportament depresiv şi eu o îngrijeam, după care schimbam rolurile.“ Rogers a început să facă muncă voluntară în domeniul sănătăţii mintale – „singura zonă despre care ştiam câte ceva în momentul acela“ – când avea douăzeci şi şase de ani. Cu toate că nu putea suferi spitalele, „oamenilor care aveau nevoie serioasă de ajutor le trebuia ceva, şi m-am gândit că am putea pur şi simplu să reformăm spitalele şi să le facem să fie locuri mai bune. Am încercat asta ani întregi, dar am constatat că sistemul nu poate fi reformat“.

Asociaţia pentru Sănătate Mintală din Sud-Estul Pennsylvaniei este o organizaţie nonprofit fondată de Rogers. E destinată sporirii capacităţilor persoanelor cu boli psihice. Rogers a contribuit la transformarea Pennsylvaniei în unul dintre cele mai progresiste state din federaţie în privinţa sănătăţii mintale, a supravegheat personal închiderea unor spitale de stat şi a propus iniţiative comunitare pentru sănătatea mintală care sunt remarcabil de bune, iar în prezent operează cu un buget anual de circa 1,4 miliarde de dolari.[664] Dacă ai de gând să te nărui afectiv, Pennsylvania e un loc bun în care s-o faci, şi, de fapt, mulţi oameni din statele învecinate vin în Pennsylvania ca să poată profita de sistemele de aici. Persoanele fără adăpost au fost o problemă tradiţională în Philadelphia, şi, când a fost ales, primarul actual s-a arătat în favoarea redeschiderii spitalelor de boli mintale care fuseseră închise şi umplerii celor care încă mai funcţionau. Rogers l-a convins să închidă instituţiile specializate şi să se apeleze la alte sisteme de îngrijire.

Principiul director al sistemului actual din Pennsylvania este că oamenii nu trebuie izolaţi în spitale în care nebunia este regula, ci să trăiască în comunitatea mai mare, expuşi constant la efectele salutare ale sănătăţii mintale.[665] Pacienţii din Pennsylvania cu boli grave sunt în grija unor servicii rezidenţiale structurate pe termen lung. Acestea sunt aşezăminte mici, de circa cincisprezece paturi, care oferă ajutor intensiv, îngrijire riguroasă şi un

accent permanent pe reintegrare. Ele sprijină gestionarea cuprinzătoare a cazurilor, ceea ce îngăduie unui asistent social specializat în psihiatrie să stabilească o relaţie de unu la unu cu pacientul. „E cineva care, într-un fel, te urmăreşte, află ce se întâmplă şi intervine un pic“, spune Rogers. „Trebuie să fie un program ofensiv. O persoană cu care am lucrat la începutul carierei mele m-a ameninţat că o să ceară ordin judecătoresc de interdicţie. Nu acceptam să mi se răspundă cu «nu»; făceam ce făceam şi intram, iar, dacă ar fi trebuit, i-aş fi scos uşa din ţâţâni.“ Aceste locuri oferă, de asemenea, programe de reabilitare psihosocială, al căror scop este să ajute oamenii în privinţa elementelor pragmatice ale vieţii „normale“. Circa 80 la sută dintre pacienţii internaţi pentru depresie din Pennsylvania par să se simtă mai bine în aceste condiţii. Când cineva reprezintă un pericol pentru alţii sau pentru sine, ca atunci când este pe străzi şi e foarte frig, se apelează la intervenţie completă, inclusiv adăpostire şi tratament cu de-a sila. Singurele persoane care se împotrivesc constant tratamentului de acest fel sunt drogaţii bolnavi psihic, în special cei care iau heroină; aceşti pacienţi trebuie dezintoxicaţi înainte ca sistemul statal de sănătate mintală să le ofere îngrijire.

Rogers a creat şi un lanţ de „centre provizorii“, cum le numeşte el, spaţii cu intrare din stradă, în care lucrează, de obicei, persoane care sunt ele însele pe cale de a se vindeca de o boală mintală. Aceasta creează locuri de muncă pentru oameni care de-abia încep să facă faţă unui mediu structurat, şi le oferă oamenilor care se află într-o formă proastă un loc în care să se ducă, să stea şi să primească o consiliere structurată. După ce au cunoscut un astfel de loc, oamenii fără adăpost, speriaţi de intervenţiile mai viguroase, se întorc mereu acolo. Centrele provizorii oferă o zonă de tranziţie între izolarea psihică şi societate. Pennsylvania a pus la punct acum un sistem masiv de depistare, cu conotaţii de poliţie de stat, dar reuşeşte să împiedice oamenii să cadă de pe margine şi să dispară. O bază de date cuprinde toate tratamentele prin sistemele statale, inclusiv fiecare vizită la urgenţe pe care a făcut-o vreodată un pacient. „Mi-am scris numele acolo“, spune Rogers, „şi am fost şocat de ceea ce a ieşit.“ Dacă un pacient din Pennsylvania lipseşte nemotivat, asistenţii sociali îl caută şi continuă să verifice în mod regulat ce face. E cu neputinţă să te sustragi acestei atenţii altfel decât vindecându-te.

Problema cu tot acest program este fragilitatea sa. La nivelul cel mai pragmatic, este instabil din punct de vedere fiscal: marile spitale de boli psihice sunt entităţi elefantine, cu costuri stabilite, în vreme ce programele neinstituţionale pot fi reduse cu uşurinţă în vremurile de criză bugetară. Apoi,

pentru includerea persoanelor cu boli mintale într-o comunitate e nevoie de toleranţă, chiar şi în zonele prospere şi cu oameni deschişi la minte. „Toată lumea e liberală în privinţa renunţării la internarea în instituţii specializate, până se pomeneşte la uşă cu primul boschetar“, spune deputatul Bob Wise. Cea mai mare problemă este că, pentru unii oameni cu boli mintale, toată această independenţă şi imersiune în comunitate este mai mult decât pot suporta. Unii nu pot fiinţa în afara unui mediu complet izolat, cum sunt spitalele. Aceşti oameni sunt proiectaţi în mod regulat într-o lume a cărei funcţionare îi copleşeşte, iar acest lucru nu le este de ajutor nici lor, şi nici celor pe care-i întâlnesc şi care pun umărul la îngrijirea lor.

Nimic din toate astea nu l-a descurajat pe Rogers. A forţat închiderea spitalelor, folosind politica momelii şi ameninţării, atrăgându-şi simpatia unor înalţi funcţionari guvernamentali şi, de asemenea, dându-i în judecată, în procese colective care fac trimitere la Legea americanilor cu dizabilităţi. Rogers a luat ca model pentru acţiunile sale mişcarea Lucrătorilor Uniţi din Ferme a lui Cesar Chavez; de fapt, a încercat să sindicalizeze persoanele bolnave psihic, dând acelui corpus extrem de difuz de oameni fără putere reprezentativă un glas colectiv. În anii ’50, în zilele de glorie ale internării în instituţii specializate, circa cincisprezece mii de pacienţi au fost adăpostiţi în instituţii din jurul Philadelphiei. Rogers a închis două dintre ele, iar Norristown, ultima rămasă, nu are decât câteva sute de pacienţi. Principala opoziţie la procesele colective ale lui Rogers a venit din partea sindicatelor lucrătorilor din spitale (în special, a celor de la întreţinere). Închiderea spitalelor s-a făcut prin scoaterea pacienţilor de acolo când au fost destul de sănătoşi ca să se ocupe de ei serviciile comunitare de îngrijire pe termen lung. „Le închidem treptat şi prin uzură“, spune Rogers.

Dacă în spitalele importante s-au comis abuzuri, sunt şanse ca şi în programele bazate pe comunitate să apară abuzuri comparabile sau mai grave. Verificările şi echilibrările din aceste programe sunt greu de menţinut. Un mare număr de oficialităţi şi de lucrători din domeniul sănătăţii mintale îşi exercită puterea asupra câte unui mic teritoriu din sistemul de îngrijire, fiecare cu mecanismele sale interne. Cum ar putea operaţiunile din aceste centre să fie pe deplin vizibile pentru cei care, în principiu, le supervizează, oameni care de obicei calcă pe acolo doar în vizite ocazionale, rapide? E posibil să păstrezi standarde înalte de vigilenţă când autorităţile au fost corupte?

Întrebarea cum anume apare boala mintală şi cine ar trebui să fie tratat se

bazează, în mare măsură, pe felul în care percepe publicul sănătatea mintală. Există ceva numit sănătate mintală şi există ceva numit nebunie, iar diferenţa dintre cele două este deopotrivă categorială şi dimensională, de natură şi de grad. În ultimă instanţă, este modul de abordare a ce anume solicită cineva de la creierul său şi de la creierele celorlalţi. Nu-i nimic rău în acest mod de abordare. Este o parte esenţială a autodefinirii noastre, o piatră de temelie a ordinii sociale. E greşit să vezi înapoia ei o înşelătorie; în afară de cazul în care crezi că un consens pe subiecte complicate poate ieşi la iveală deformat, trebuie să operezi cu acel amestec ciudat de opinie personală şi istorie obştească ce determină toate obiceiurile noastre ca fiinţe sociale. Problema nu e atât politica de abordare a depresiei, cât faptul că nu recunoaştem că *există* o politică de abordare a depresiei. Nu există o eliberare de această politică de abordare. Cei fără bani au mai puţină libertate decât cei care au prerogativa resurselor financiare; politica de abordare a depresiei se repercutează asupra întregii vieţi. Cei cu boală mai uşoară au mai multă libertate decât cei foarte bolnavi; şi probabil că aşa şi trebuie să fie. Spre sfârşitul anilor ’70, Thomas Szasz, cel mai cunoscut apărător al dreptului la sinucidere, a adus argumente împotriva medicamentelor, susţinând că nu există vreo lege naturală conform căreia psihiatrul e îndreptăţit să intervină cu reţete în viaţa personală a pacientului.[666] E interesant de aflat că avem dreptul să fim depresivi. E la fel de bine să ştim că, în condiţii raţionale corecte, putem hotărî să nu luăm medicamente. Totuşi, Szasz şi-a depăşit atribuţiile şi a dat posibilitatea apariţiei în rândurile pacienţilor săi a credinţei că, prin renunţarea la medicamente, realizează o puternică împlinire de sine. Este un act politic să faci asta? Unii dintre pacienţii lui Szasz credeau că este. Şi definiţiile „comportamentului responsabil“ pe care ni le dau psihiatrii sunt un act politic. Ca societate, ne dezicem de concepţia lui Szasz, el trebuind să plătească 650.000 de dolari văduvei unuia dintre pacienţii săi, după ce omul s-a sinucis într-un mod deosebit de brutal şi de tulburător.[667]

E mai important să protejezi pe cineva de moartea sa? Ori e mai important să-i acorzi libertatea civilă de a evita tratamentul? Problema a fost aprig dezbătută. Într-un articol de opinie recent, deosebit de tulburător, din *New York Times* – scris de o psihiatră din cadrul unui cerc de experţi de orientare conservatoare din Washington ca răspuns la Raportul despre Sănătatea Mintală prezentat de directorul Serviciilor de Sănătate Publică din SUA –, se propune ideea că ajutarea celor cu boală uşoară i-ar lipsi de ajutor pe cei cu boală gravă, de parcă îngrijirile din domeniul sănătăţii mintale ar fi o resursă

minerală finită.[668] Ea a afirmat categoric că nu e cu putinţă să faci ca oamenii nesupravegheaţi să-şi ia medicamentele şi a afirmat că persoanele bolnave mintal („cu boli debilitante, ca schizofrenia şi tulburarea bipolară“) care ajung la închisoare probabil că acolo trebuie să fie. În acelaşi timp, a afirmat că cei 20 la sută dintre cetăţenii SUA care poartă povara unui tip de boală mintală (incluzându-i, se pare, pe toţi cei care au depresie majoră) în multe cazuri n-au nevoie de terapie şi, prin urmare, n-ar trebui s-o primească. Aici, cuvântul-cheie este *nevoie*, deoarece problema nevoii vizează calitatea – nu existenţa – vieţii. E adevărat că mulţi oameni pot rămâne în viaţă cu o depresie mutilantă, dar pot rămâne în viaţă şi, de pildă, fără dinţi. Faptul că te poţi descurca pentru restul vieţii cu iaurt şi banane nu e un motiv ca să laşi oamenii moderni fără dinţi. O persoană poate trăi şi cu un picior strâmb din naştere, dar în zilele noastre nu e un lucru neobişnuit să se ia măsuri pentru reconstruirea lui. Argumentul e practic similar cu cel care se tot aude din exteriorul lumii maladiei psihice, şi anume că singurele persoane care *trebuie* tratate sunt cele care reprezintă o cheltuială sau o ameninţare nemijlocită pentru ceilalţi.

Adesea, medicii, în special cei din afara sistemului spitalelor universitare, află despre progresele medicinei de la reprezentanţii firmelor farmaceutice. Acesta este – şi nu este – un lucru bun. Se asigură medicilor educaţie continuă şi li se oferă informaţii despre calităţile noilor produse, când devin disponibile. Dar nu este o formă adecvată de educaţie continuă. Această industrie se concentrează pe medicamente, nu pe alte terapii. „Aceasta a ajutat la tendinţa noastră de a favoriza medicamentele“, a spus Elliot Valenstein, profesor pensionar de psihologie şi neuroştiinţă la Universitatea din Michigan. „Medicamentele sunt excelente, şi le suntem recunoscători companiilor pentru că le produc, dar e penibil că procesul educaţional nu e mai bine echilibrat.“[669] În plus, din cauză că această industrie finanţează unele dintre cele mai ample şi detaliate studii, există studii mai bune despre substanţele pentru care se poate obţine brevet decât pentru celelalte, cum e sunătoarea; există mai multe studii despre terapiile bazate pe medicamente decât despre tratamente noi, cum e desensibilizarea şi reprocesarea prin mişcări oculare. Nu avem destule programe naţionale ca să echilibreze lucrările sponsorizate de companiile farmaceutice. Într-un articol recent din *The Lancet*, un jurnal medical de frunte, profesorul Jonathan Rees a propus restructurarea completă a procesului de brevetare, pentru a include motivaţia profitului în terapiile care, în prezent, nu sunt brevetabile, inclusiv în ceea ce

el numeşte „genomica şi informatica“. Totuşi, pe moment, în această zonă există puţine stimulente financiare.

Cei din industria farmaceutică ştiu că pe piaţa liberă probabilitatea de a avea cel mai mult succes o au tratamentele cele mai bune. Căutarea tratamentelor bune e, desigur, asociată cu căutarea profitului; eu însă cred, spre deosebire de unii politicieni care perorează de la tribună, că directorii din industria farmaceutică exploatează cu mai puţină lipsă de cuviinţă societatea decât oamenii din majoritatea celorlalte industrii. Multe dintre descoperirile care onorează medicina modernă au fost cu putinţă doar datorită uriaşelor programe de cercetare şi dezvoltare din industria farmaceutică, în care se cheltuieşte cam de şapte ori mai mult timp cu crearea de noi produse decât în alte industrii. Aceste programe au ca motor profitul; dar poate că e mai nobil să obţii profit din inventarea de tratamente decât din inventarea de arme puternice sau din crearea de reviste care flatează gustul publicul. „Trebuia să fie în cadrul industriei“, a spus David Chow, unul dintre cei trei oameni de ştiinţă de la Eli Lilly care au inventat prozacul. William Potter, care acum e tot la Lilly, după ce a plecat de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), a spus: „Savanţii din laboratoarele de aici au condus crearea prozacului. Cercetarea importantă e finanţată de industrie. Societatea a făcut o alegere şi ne-a dat acest sistem al progresului uriaş.“ Mă cutremur la gândul unde aş fi fost eu dacă industria n-ar fi creat medicamentele care mi-au salvat viaţa.

Şi totuşi, cu tot binele pe care l-a făcut această industrie, *este* o industrie, afectată de toate capcanele bizare ale capitalismului modern. Am participat la multe seminarii organizate de companii de cercetare, seduse şi de aspectul material. La una dintre ele, ţinută la Acvariul din Baltimore, aveam de ales între o conferinţă despre „Neurobiologia şi tratarea tulburării bipolare“ şi „Hrănirea şi prezentarea pisicilor-de-mare oaspeţilor deosebiţi şi familiilor lor“. În cele din urmă, m-am dus la lansarea, în SUA, a unuia dintre cele mai importante antidepresive, un produs care avea să cucerească rapid o parte semnificativă a pieţei. Cu toate că lansarea a avut loc ţinând seama de rigorile impuse de un organism de reglementare sever – Departamentul pentru Alimente şi Medicamente (Food and Drug Administration – FDA) –, care a hotărât ce anume se poate spune despre produs, a fost un fel de spectacol de circ, în care emoţiile au fost reglate la fel de bine gândit pe cât ar fi putut-o face trupa de acrobaţi Wallenda. A fost, în plus, o fiesta indecent de extravagantă, plină cu petreceri de discotecă, cu grătare în aer liber şi unde s-

au ţesut idile. A fost un exemplu de Americă corporatistă îmbătată de produsele sale. E modul în care sunt motivaţi vânzătorii oricărui produs pe piaţa promoţională extrem de competitivă din SUA, iar sclipiciul a fost, cred, inofensiv; era însă cumva nefiresc la promovarea unui produs pentru oameni care suferă de o afecţiune groaznică.

Pentru discursurile care au dat tonul, agenţii de vânzări s-au adunat într-un centru de conferinţe de mari dimensiuni. Proporţiile audienţei au fost copleşitoare: peste două mii de oameni. După ce ne-am aşezat cu toţii, s-a înălţat din podeaua scenei, ca pisicile din muzicalul *Cats*, o întreagă orchestră, cântând *Forget Your Troubles, C'mon Get Happy* „Uită-ţi necazurile, hai, fii fericit", după care piesa formaţiei Tears for Fears *Everybody Wants to Rule the World* „Fiecare vrea să cârmuiască lumea". Pe acest fond, o voce ca a Vrăjitorului din Oz ne-a urat bun-venit la lansarea unui nou produs fantastic. Fotografii gigantice ale Marelui Canion şi ale unui pârâu dintr-o pădure erau proiectate pe ecrane de zece metri, iar luminile s-au intensificat, dezvăluind un decor care arăta ca un şantier de construcţii. Orchestra a început să cânte selecţii din *The Wall* „Zidul" al formaţiei Pink Floyd. Un zid din cărămizi uriaşe s-a înălţat încet în fundal, iar pe el au apărut numele produselor competitive. În vreme ce membrii unei trupe de dans acrobatic cu căşti de protecţie şi târnăcoape executau contorsiuni atletice pe o schelă cu comandă electronică, dintr-un simulacru de navă spaţială din fundul sălii a ţâşnit un curcubeu de lasere în forma logoului produsului, care a eliminat celelalte antidepresive. Dansatorii şi-au azvârlit bocancii de lucru şi au executat o gigă irlandeză care se potrivea ca nuca-n perete, în vreme ce cărămizile, care păreau făcute din ipsos, se prăbuşeau stârnind nori de praf. Şeful departamentului de vânzări a păşit peste ruine şi s-a apucat să cânte voios, în vreme ce pe un ecran apăreau cifre; era atât de entuziasmat de profiturile viitoare, de parcă tocmai ar fi câştigat la *Family Feud*[670].

Extravaganţa mi-a indus un profund sentiment de jenă. Pe toţi ceilalţi însă, a părut să-i mobilizeze. Rareori au stârnit mai multă înfocare în rândurile spectatorilor echipele de majorete în pauzele meciurilor. Când tot spectacolul ăsta burlesc s-a încheiat, mulţimea era pregătită să pocnească suferinţa drept în nas. După ceremonia de deschidere, a urmat o pledoarie serioasă privind binefacerile departamentului de vânzări. În sală, s-a stins lumina. Urma prezentarea unui scurtmetraj turnat anume pentru această ocazie, cu persoane care au luat produsul în faza a treia de cercetări. Aceşti oameni în carne şi oase scăpaseră de o grea suferinţă; unii şi-au revenit cu ajutorul produsului

dintr-o depresie refractară, care-i privase de sănătate jumătate din viaţă. Imaginile erau gresate, potrivite cu celelalte aspecte ale lansării, dar erau reale, şi am văzut reprezentanţi comerciali profund mişcaţi de oroarea prin care cei filmaţi trecuseră cu adevărat. Impresia de misiune încheiată cu care lumea a plecat din sala uriaşă era sinceră. În următoarele zile, stilul contradictoriu al lansării a continuat; erau încurajate deopotrivă agresivitatea şi empatia intermediarilor comerciali. La sfârşit totuşi, toată lumea a fost copleşită cu obiecte: m-am întors acasă cu un tricou, o cămaşă polo, un hanorac, un blocnotes, o şapcă de baseball, o trusă pentru călătoria cu avionul, douăzeci de pixuri şi o serie de alte bunuri care aveau pe ele logoul produsului, imprimat la fel de îndrăzneţ ca logoul Gucci.

David Healey, fost secretar al Asociaţiei Britanice de Psihofarmacologie, a pus sub semnul întrebării procesul de aprobare a tratamentelor pentru depresie. După părerea sa, industria a folosit formularea „inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei“ (*selective serotonin reuptake inhibitors* – SSRI) pentru a sugera o falsă simplitate a funcţionării. Healey scrie: „Medicamentele care blochează recaptarea serotoninei pot fi antidepresive, asemenea compuşilor care blochează selectiv recaptarea catecolaminei. De fapt, există puternica impresie că, în cazurile grave de depresie, unii dintre compuşii mai vechi, care acţionează asupra mai multor sisteme, ar putea să fie mai eficienţi decât compuşii noi. Electroşocurile sunt, aproape sigur, tratamentul cel mai puţin specific pentru un anumit sistem de transmiţători, dar mulţi medici cred că este cel mai rapid şi mai eficient dintre tratamentele actuale. Ceea ce sugerează aceasta despre depresie nu este că e o tulburare a unui neurotransmiţător sau a unui anumit receptor, ci mai degrabă că, în tulburările depresive, mai multe sisteme fiziologice sunt compromise, sau închise, sau desincronizate în vreun fel.“ Aceasta sugerează că, de fapt, tocmai trăsăturile pe care multe companii farmaceutice le folosesc în reclamele la medicamentele lor nu le sunt deosebit de utile celor care iau aceste medicamente. Pe baza unui model bacterial al bolii, sistemul federal de reglementare, înfiinţat în anii ’60, presupune că orice boală are un antidot specific şi că fiecare antidot acţionează asupra unei boli specifice. Nu încape îndoială că declaraţiile actuale ale Departamentului pentru Alimente şi Medicamente (Food and Drug Administration – FDA), ale Congresului SUA, ale companiilor farmaceutice şi ale publicului general reflectă ideea că depresia invadează o persoană şi că tratamentul corect o poate elimina. Oare categoria „antidepresiv“ – care presupune boala „depresie“ – are sens?

Dacă depresia este o boală ce afectează 25 la sută din populaţia lumii,[671] poate cu adevărat să fie o boală? Aş fi putut scrie această carte de două ori mai repede dacă aş fi putut funcţiona cu patru ore de somn pe noapte. Sunt handicapat în mod semnificativ de nevoia mea de somn. N-aş putea să fiu secretar de stat, pentru că funcţia cere mai multă activitate decât poate să încapă în cincisprezece ore pe zi. Unul dintre motivele pentru care am ales să devin scriitor este faptul că-mi pot face singur programul, iar toţi cei cu care am lucrat ştiu că nu particip la şedinţe dimineaţa decât dacă n-am încotro. Am luat câteodată un medicament dintre cele fără reţetă – se cheamă cafea –, ca să mă ajute să funcţionez cu mai puţin somn decât mi-ar trebui fără el. E un medicament imperfect; e foarte eficient pentru tratamentul pe termen scurt al problemei mele, dar, luat pe termen lung, ca înlocuitor al somnului, provoacă anxietate, greaţă, ameţeală şi reduce eficienţa. Din această cauză, nu acţionează destul de bine ca să pot avea un program ca al secretarului de stat. S-ar putea ca, dacă Organizaţia Mondială a Sănătăţii ar face un studiu şi ar afla câte ore utile se pierd, în fiecare an, din cauza oamenilor care au nevoie de peste şase ore de somn pe noapte, să se descopere că somnolenţa e mai costisitoare chiar decât depresia.

Am cunoscut persoane care au nevoie să doarmă paisprezece ore pe noapte, iar ele, asemenea persoanelor cu depresie majoră, se confruntă cu probleme de funcţionare în lumea socială şi profesională a zilelor noastre. Ele au un dezavantaj groaznic. Care este limita bolii? Şi cine, dacă apare un medicament mai bun decât cafeina, ar fi clasificat drept bolnav? Oare am inventa un ideal al programului de somn al secretarului de stat şi am începe să recomandăm medicamente tuturor celor care dorm peste patru ore pe noapte? Ar fi oare rău să facem asta? Ce s-ar întâmpla cu oamenii care ar refuza terapia prin medicamente şi ar dormi atât cât au nevoie? N-ar fi în stare să ţină pasul; ritmul rapid al vieţii moderne ar fi mult mai rapid dacă cei mai mulţi dintre oameni ar putea acum să folosească această medicaţie ipotetică.

„În anii ’70“, scrie Healey, „principalele tulburări psihiatrice au fost definite ca tulburări ale câte unui sistem de neurotransmiţători şi receptori ai săi. N-au existat niciodată dovezi în sprijinul vreuneia dintre ipotezele respective, dar acest limbaj a contribuit pregnant la transformarea psihiatriei dintr-o disciplină care se percepea în termeni dimensionali, într-una care se preocupa de termenii categoriali.“[672] De fapt, acesta e, poate, lucrul cel mai alarmant în privinţa concepţiei actuale despre depresie: se respinge ideea unui continuum şi se afirmă că un pacient fie are, fie nu are depresie, este sau nu

este depresiv, de parcă „a fi un pic depresiv“ ar fi totuna cu „a fi un pic gravidă“. Modelele categoriale sunt ispititoare. Într-o epocă în care suntem din ce în ce mai înstrăinaţi de sentimentele noastre, am putea fi consolaţi de ideea că un medic poate să facă o analiză a sângelui sau o scanare a creierului şi să ne spună dacă avem sau nu depresie şi de care fel anume. Depresia e însă o patologie care există în fiecare dintre noi, fluctuând între starea controlată şi necontrolată; depresia-boală e un exces al unui lucru obişnuit, nu apariţia unuia neobişnuit. E diferită de la o persoană la alta. Ce anume face oamenii să fie depresivi? Am putea întreba, la fel de bine, ce anume face oamenii să fie mulţumiţi.

Un medic poate înlesni alegerea dozelor, dar, într-o bună zi, ar putea fi la fel de simplu să-ţi prescrii de unul singur unul dintre inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei, aşa cum ai lua vitamine antioxidante, ale căror beneficii pe termen lung sunt evidente şi ale căror efecte secundare sunt minime, nonletale şi uşor de controlat. Aceşti inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei ajută sănătatea mintală, care este fragilă; păstrează mintea în stare bună. Dozarea greşită sau luarea lor în mod inconsecvent le împiedică să funcţioneze aşa cum ar trebui, dar, aşa cum subliniază Healey, oamenii iau medicamentele care nu sunt pe reţetă cu o atenţie rezonabilă.[673] Nu luăm, de obicei, supradoze. Ne asumăm testarea empirică atunci când stabilim cât să luăm (ceea ce fac, mai mult sau mai puţin, şi medicii, când prescriu inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei). Inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei nu sunt fatali sau periculoşi nici măcar în supradoze extreme.[674] Healey crede că lauda adusă medicamentelor prin intermediul prospectului lor cu recomandări este izbitoare mai ales în cazul antidepresivelor, care au relativ puţine efecte secundare şi care sunt folosite la tratarea unei boli care, pe moment, există doar în explicaţiile pacientului, o boală ce nu poate fi testată în alţi termeni medicali decât prin autoevaluările pacientului. Nu există altă modalitate de a stabili dacă un antidepresiv este – sau nu – necesar, în afară de cea de a-i pune pacientului întrebări – şi aceste întrebări sunt puse cel mai adesea de medici generalişti, care nu au mai multe informaţii despre pastile decât un profan care a citit destule materiale.

Regimul meu medicamentos este acum minuţios şi precis echilibrat, şi n-aş fi avut cunoştinţele necesare ca să trec prin ultima mea cădere psihică dacă n-aş fi consultat un expert priceput. Dar mulţi dintre cunoscuţii mei care iau prozac s-au dus pur şi simplu la doctor şi i-au cerut să li-l prescrie. Ei şi-au pus singuri diagnosticul, iar medicul n-a văzut nici un motiv să se îndoiască

de discernământul lor în privinţa propriei minţi. Dacă iei prozac fără să fie nevoie, se pare că nu se întâmplă nimic, iar cei la care nu se dovedeşte de ajutor probabil că nu-l mai iau. De ce să nu fie oamenii liberi să ia astfel de hotărâri pe cont propriu?

Mulţi dintre cei pe care i-am intervievat iau antidepresive pentru „depresie uşoară“ – şi, datorită acestui lucru, trăiesc mai bine şi sunt mai fericiţi. Aşa stau lucrurile şi cu mine. Poate că ceea ce vor ei să schimbe este, de fapt, personalitatea, aşa cum a sugerat Peter Kramer în *Listening to Prozac*. Vestea că depresia este o problemă chimică sau biologică reprezintă o ştire senzaţională în sfera relaţiilor publice; am putea, cel puţin în teorie, să găsim procesele chimice cerebrale ale violenţei şi să ne facem de lucru cu ele dacă avem această înclinaţie. Ideea că orice depresie este o maladie invazivă se bazează fie pe extensia de sens a cuvântului *maladie*, care să includă tot felul de însuşiri (de la somnolenţă până la sentimentul de a fi antipatic şi cel de a fi stupid), fie pe o ficţiune modernă convenabilă. Şi totuşi, depresia majoră este o afecţiune ce distruge sănătatea, dar care acum se poate trata, şi trebuie să fie tratată cât mai energic posibil, în numele unei societăţi drepte, în care oamenii duc o viaţă îmbelşugată şi sănătoasă. Ar trebui să fie inclusă în asigurări, protejată de legi date de Congres, abordată de mari cercetători ca problemă de maximă importanţă. Există aici un aparent paradox care pune în evidenţă chestiuni existenţiale privitoare la ce e omul şi ce reprezintă suferinţele sale. Drepturile noastre la viaţă şi la libertate sunt relativ lipsite de ambiguitate; dreptul nostru la căutarea fericirii devine, pe zi ce trece, mai încâlcit.

O veche prietenă mi-a spus odată că sexul a fost distrus de existenţa lui publică. Când era tânără, a zis, discuta cu iubiţii ei despre un lucru nou, având drept călăuză doar instinctele cele mai rudimentare. Nu se aşteptau la ceva anume unul de la altul, nu aveau standarde. „Am citit atâtea articole despre cine ar trebui să aibă mai multe orgasme şi în ce fel“, mi-a spus. „Ni s-a spus ce să facem, şi în ce poziţii, şi ce să simţim. Ni s-a spus cum e corect şi cum e incorect să faci totul. Ce şansă de descoperire mai avem acum?“

Şi disfuncţia creierului a fost cândva o chestiune personală, în ciuda istoriei pomenite în această carte. Ajungeai la ea fără aşteptări, iar felul în care lucrurile o luau razna era, în mare măsură, individual. Felul în care cei din jurul tău îi făceau faţă era, şi el, individual. Acum, pătrundem în suferinţa psihică pe bază de programe. Beneficiem de clasificări artificiale şi formule simplificatoare. Când depresia a fost dată afară din anonimatul colectiv, a

devenit o secvenţă ordonată din exterior. Aici este punctul în care politica se întâlneşte cu depresia. Această carte este ea însăşi prinsă iremediabil în plasa politicilor bolii. Dacă citiţi atent aceste pagini, puteţi învăţa cum să fiţi deprimaţi: ce să simţiţi, ce să gândiţi, ce să faceţi. Cu toate acestea, individualitatea luptei fiecăruia este inviolabilă. Depresia, asemenea sexului, păstrează o nestinsă aură de mister. Este nouă de fiecare dată.

Note

630. Pentru o trecere generală în revistă a politicilor guvernamentale schimbătoare din domeniul sănătăţii mintale, există câteva site-uri de informare centrate pe susţinerea sănătăţii mintale, sprijin şi educaţie. Recomand în mod special site-urile create de National Institute of Mental Health (www.nimh.nih.gov), National Alliance for the Mentally Ill (www.nami.org), Treatment Advocacy Center (www. psychlaws.org), National Depressive & Manic-Depressive Association (www. ndmda.org) şi American Psychiatric Association (www.psych.org).

631. Găsiţi remarcile lui Tipper Gore despre propria depresie în interviul său publicat sub titlul Strip Stigma from Mental Illness, în USA Today, 7 mai 1999.

632. O mulţime de articole au fost publicate despre Mike Wallace şi depresia lui. V. Jolie Solomon, Breaking the Silence, în Newsweek, 20 mai 1996; Walter Goodman, In Confronting Depression the First Target is Shame, în New York Times, 6 ianuarie 1998; Jane Brody, Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment, în New York Times, 30 decembrie 1997.

633. Găsiţi descrierea de către William Styron a propriei depresii în amintirile sale, scrise cu eleganţă, la persoana întâi, Darkness Visible, carte care a fost unul dintre primele portrete moderne sincere ale bolii depresive.

634. Alianţa Naţională pentru Bolnavii Mintal (National Alliance for the Mentally Ill – NAMI) oferă informaţii excelente despre ADA, inclusiv rezumate, informaţii pentru consumatori şi promotori şi informaţii de contact. Le puteţi găsi pe http://www.nami.org/helpline/ada.htm.

635. Civil Aeromedical Institute (CAMI) este departamentul de certificare medicală, cercetare şi educaţie al USA Department of Transportation Federal Aviation Administration. Găsiţi reglementările complete ale FAA pe site-ul CAMI, www. cami.jccbi.gov/AAM-300/part67.html.

636. Citatele din Richard Baron sunt preluate din manuscrisul său nepublicat „Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Life-time Economic Dependence“, pp. 5–6, 18, 21.

637. Informaţii despre NIH, ca şi despre numeroasele sale departamente şi bugete, găsiţi pe site-ul www.nih.gov.

638. Cei şase câştigători ai Premiului Nobel care au vorbit în faţa Congresului, cum am menţionat aici, au apărut înainte la o audiere anuală a House Subcommittee on Labor, Health and Human Services, and Education, la începutul anilor ’90. Printre alţii, deputatul John Porter a descris evenimentul în câteva interviuri orale.

639. Ideea că peste 75 la sută dintre planurile de sănătate din SUA oferă o acoperire mai mică pentru problemele legate de sănătatea mintală decât pentru celelalte boli este luată din Jeffrey Buck et al., Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997, în Health Affairs 18, nr. 2 (1999).

640. Cifrele legate de căderea mea psihică sunt următoarele: şaisprezece şedinţe la psihofarmacolog, 250 de dolari şedinţa, cincisprezece şedinţe la psihiatru (aproximativ trei ore pe săptămână), 200 de dolari pe oră, şi reţetele, care însumează cel puţin 3.500 de dolari pe an.

641. Statistica privind povara financiară a depresiei la locul de muncă provine din Robert Hirschfeld et al., The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression, în Journal of the American Medical Association 277, nr. 4 (1997), p.

335.

642. Legea echivalării sănătăţii mintale din 1996 a intrat în vigoare la 1 ianuarie 1998.

643. Ideea că patru sute de mii de persoane ies din registrele asigurărilor pentru fiecare creştere cu 1 la sută a costurilor este citată dintr-o scrisoare trimisă, pe 17 noiembrie 1997, de John F. Sheils, vicepreşedintele Companiei Lewin Group, Inc., lui Richard Smith, vicepreşedintele departamentului Public Policy and Research al American Association of Health Plans. Fireşte, această estimare variază în funcţie de „politica sănătăţii care este analizată". Scrisoarea mi-a fost oferită de Lewin Group, Inc.

644. Consecinţele economice ale echivalării asigurării sunt extrem de complicate şi se bazează pe variabile prea diverse ca să poată fi reflectate în vreun studiu. Chiar dacă mulţi experţi sunt de acord că echivalarea asigurării va creşte costurile totale ale asigurării cu mai puţin de 1 la sută – această statistică e citată în mod regulat în presa profesională şi în cea care se adresează publicului larg –, unele studii au găsit alte cifre. Studiul efectuat de Rand Corporation a arătat că egalizarea limitelor anuale ar „creşte costurile cu numai circa un dolar per angajat". Într-un raport interimar despre costurile echivalării emis de National Advisory Mental Health Council, apar câteva posibilităţi – de la scăderea cu 0,2 la sută, până la creşteri cu mai puţin de 1 la sută. Într-un studiu efectuat de Lewin Group asupra asiguratorilor din New Hampshire, nu s-au găsit creşteri ale costurilor. Găsiţi mai multe informaţii despre aceste studii pe site-ul NAMI, www.nami.org/pressroom/costfact.html.

645. Cifra costurilor totale suplimentare pentru primul an de echivalare apare în Robert Pear, Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health, în New York Times, 26 decembrie 1998.

646. Faptul că în 1998 peste o mie de omoruri au fost atribuite unor persoane cu boli mintale este afirmat în dr. E. Fuller Torrey şi Mary Zdanowitcz, Why Deinstitutionalization Turned Deadly, în Wall Street Journal, 4 august 1998.

647. Amploarea discrepanţei dintre proporţia celor bolnavi mintal care sunt periculoşi şi articolele din presă despre aceşti oameni este raportată în Depression: The Spirit of the Age, în The Economist, 19 decembrie 1998, p. 116.

648. Studiul recent de la MIT care a arătat că oamenii care au depresie majoră şi-şi pierd capacitatea de muncă pot să revină la nivelul de bază cu ajutorul medicamentelor este al lui Ernst Berndt et al., Workplace performance effects from chronic depression and its treatment, în Journal of Health Economics 17, nr. 5 (1998).

649. Cele două studii care arată că menţinerea sponsorizată în muncă a persoanelor cu boli mintale este modalitatea cea mai benefică din punct de vedere economic de a ne ocupa de ei sunt E.S. Rogers et al., A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities, în Evaluation and Program Planning 18, nr. 2 (1995) şi R.E. Clark et al., A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment, în Administration and Policy in Mental Health 24, nr. 1 (1996).

650. Legea McCarran-Ferguson a fost dată în 1945. Dr. Scott Harrington, în The History of Federal Involvement in Insurance Regulation, spune că legea afirmă „că nici o lege a Congresului nu trebuie «să invalideze, să perturbe sau să înlocuiască» o lege statală dată în scopul de a regla sau de a taxa asigurările". Această lucrare este în Optional Federal Chartering of Insurance, editată de Peter Wallison.

651. Statisticile despre bugetul propus de Clinton pentru anul financiar 2000 se găsesc pe site-ul Institutului Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), la www. nimh.nih.gov/about/2000budget.cfm. Conform NIMH, bugetul final pentru anul financiar 2000 nu va fi definitivat decât la începutul lui 2001.

652. Faptul că Community Health Services Block Grant a crescut cu 24 la sută apare în NAMI E-News 99-74, 2 februarie 1999.

653. Erhard Seminar Training – terapie de grup creată de Werner Erhard în 1971 (n.tr.).

654. ASPCA – American Society for the Prevention of Cruelty to Animals (Asociaţia Americană pentru Prevenirea Cruzimii faţă de Animale) (n.tr.).

655. Sugestiile la nivel naţional pentru tratamentul obligatoriu al tuberculozei sunt în programul

Direct Observed Treatment (DOT) emis de Division of Tuberculosis Elimination din Center For Disease Control. Acest program propune întâlniri săptămânale cu asistenţii sanitari care fac tratamentul şi verifică respectarea formulelor de tratament. Găsiţi mai multe informaţii despre recomandările emise de Center For Disease Control la www.cdc.gov/nchstp/tb/faqs/qa.htm. Chiar dacă toate cele cincizeci de state recunosc programul DOT, implementarea la nivel de stat şi de oraş se face în funcţie de necesităţile locale. De exemplu, în statul New York reglementările privind tratamentul obligatoriu al tuberculozei sunt emise şi aplicate prin intermediul New York State Department of Health, în colaborare cu autorităţile orăşeneşti şi guvernamentale. New York State Department of Health stipulează un program DOT, care asigură „administrare sub supraveghere directă a medicamentelor împotriva tuberculozei pentru persoanele care nu vor sau nu sunt capabile să respecte planificarea medicamentelor prescrise“. Găsiţi mai multe informaţii la www.health.state.ny.us/nysdoh/search/index.htm. În statul New York, peste 80 la sută dintre bolnavii de TBC intră într-un program DOT. La New York City, în Decizia împuternicitului pentru respectarea tratamentului anti-TBC se afirmă: „Departamentul Sănătăţii colaborează cu furnizorii de servicii de sănătate pentru a uşura respectarea de către pacienţi a tratamentului împotriva tuberculozei şi pentru protejarea sănătăţii publice. Cei mai mulţi oameni respectă tratamentul dacă sunt educaţi în privinţa tuberculozei şi primesc stimulente sau ajutoare, sprijin în problemele legate de locuinţă, servicii sociale la domiciliu sau de teren de mai bună calitate şi programe de terapie aflate sub control direct (directly observed therapy – DOT). Totuşi, dacă aceste măsuri par să eşueze, sau au eşuat deja, împuternicitul pentru sănătate este autorizat de articolul 11.47 (d) al New York City Health Code să emită orice decizie consideră necesară pentru protejarea sănătăţii publice.“ Găsiţi mai multe informaţii pe site-ul New York City Department of Health, la www.ci.nyc.ny.us/ htm/doh/html/tb/tb5a.html. Găsiţi o analiză statistică a tratamentului obligatoriu pentru tuberculoză din New York City la Rose Gasner et al., The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis, în The New England Journal of Medicine 340, nr. 5 (1999).

656. Poziţia ACLU în privinţa tratamentului fără acordul lor al persoanelor cu dizabilităţi mintale poate fi găsită în Robert M. Levy şi Leonard S. Rubinstein, The Rights of People with Mental Disabilities, p. 25.

657. Mai multe informaţii despre Şcoala Willowbrook se găsesc în David şi Sheila Rothman, The Willowbrook Wars.

658. Cifra despre cheltuielile pentru sănătatea mintală ale Administraţiei Veteranilor (Veteran Administration) apare în raportul pe care American Psychiatric Association l-a prezentat la Department of Veteran Affairs pe 13 aprilie 2000 şi se găseşte pe site-ul APA www.psych.org, dând clic pe „Public Policy and Advocacy“ şi apoi „APA Testimony“.

659. Am preluat de la membra în Camera Reprezentanţilor Marcy Kaptur dovada anecdotică a faptului că tulburările de tip psihiatric s-ar putea să fie cele mai frecvente la veterani.

660. Ideea că 25 la sută dintre veteranii din spitalele VA au o boală mintală este preluată din raportul pe care American Psychiatric Association l-a prezentat la Department of Veteran Affairs pe 13 aprilie 2000, şi se găseşte pe site-ul APA www.psych.org, dând clic pe „Public Policy and Advocacy“ şi apoi „APA Testimony“.

661. Faptul că peste jumătate din numărul total al medicilor din SUA au avut o formă de pregătire în sistemul de servicii sanitare VA este de pe site-ul Veteran Administration. Acolo, se raportează: „Actualmente, Veteran Administration este afiliată la o sută cinci facultăţi de medicină, cincizeci şi patru de facultăţi de stomatologie şi peste o mie o sută patruzeci de alte facultăţi din întreaga ţară. Peste jumătate din numărul total al medicilor din SUA au avut o formă de pregătire în sistemul de servicii sanitare VA. În fiecare an, circa 100.000 de profesionişti din domeniul sănătăţii fac pregătire în centrele medicale ale VA.“ De pe www.va.gov/ About_VA/Orgs/vha/index.htm.

662. Articolul lui Kevin Heldman este 7½ Days, publicat în City Limits, iunie/iulie 1998.

663. Estimările procentelor de pacienţi cu tulburări afective din instituţiile de stat şi districtuale pentru boli mintale sunt luate din Joanne Atay et al., Additions and Resident Patients at End of Year,

State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998, publicat de U.S. Department of Health and Human Services în mai 2000. Se raportează că tulburările afective ocupă locul doi pe lista celor mai frecvente afecţiuni ale pacienţilor internaţi, cu 12,7 la sută, p. 53. În cazul pacienţilor ambulatorii, numărul creşte la 22,7 la sută, p. 3.

664. Cifrele din bugetul pentru sănătatea mintală din Pennsylvania au fost oferite de Mental Health Association of Southeastern Pennsylvania, prin bunăvoinţa Susanei Rogers, căreia îi mulţumesc pentru enormul său efort de a obţine această statistică şi alte câteva.

665. În privinţa eficienţei programelor comunitare, faptul că serviciile comunitare „sunt, din punctul de vedere al rezultatelor, practic aproape totdeauna mai eficiente decât serviciile instituţionale“ este declarat într-un raport care apare în Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead, Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al., vs. L.C. and E.W., Each by Jonathon Zimring, as Guardian ad Litem and Next Friend, întocmit de National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse et al. în sprijinul celor care răspund, p. 24. Acest raport citează numeroase studii care îi sprijină descoperirile, dintre care două sunt deosebit de pertinente: A. Kiesler, Mental Hospitals and Alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients, în American Psychologist 349 (1982) şi Paul Carling, Major Mental Illness, Housing, and Supports, în American Psychologist, august 1990.

666. Concepţiile lui Thomas Szasz sunt exprimate în numeroasele lui scrieri. Un loc bun de la care să începeţi sunt cărţile lui Cruel Compassion şi Primary Values and Major Contentions.

667. Povestea procesului împotriva lui Thomas Szasz e spusă de Kay Jamison în Night Falls Fast, p. 254.

668. Articolul despre refuzarea îngrijirii persoanelor cu boală mintală uşoară este al lui Sally L. Satel, Mentally Ill or Just Feeling Sad?, în New York Times, 15 decembrie 1999.

669. Există o gamă foarte largă de programe de educare ale industriei farmaceutice. La întrunirea anuală a American Psychiatric Association (APA), forumurile sponsorizate de industrie includ prezentări făcute de unii dintre cei mai renumiţi psihiatri din SUA, dintre care mulţi au primit de la companiile farmaceutice granturi independente de cercetare. Agenţii de vânzări din industria farmaceutică ajung adesea să le ofere medicilor cea mai bună parte din educaţia lor continuă; activitatea lor îi ţine pe medici la curent cu tratamentele disponibile, însă, fireşte, activitatea lor educativă este, în mod indirect, influenţată.

670. Emisiune-concurs a postului de televiziune ABC (n.tr.).

671. Sugestia că tulburările de dispoziţie afectează un sfert din populaţia lumii este din Myrna Weissman, Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder, în Journal of American Medical Association 276, nr. 4 (1996).

672. Aceste citate din David Healey sunt din The Antidepressant Era, p. 163.

673. Ideea de a lua antidepresive fără reţetă: ibid., pp. 256–265.

674. Faptul că inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei nu sunt fatali sau periculoşi nici măcar în supradoze este arătat în J.T. Barbey şi S.P. Roose, SSRI safety in overdose, în Journal of Clinical Psychiatry 50, supl. 15 (1998), în care scriu: „Supradozele moderate – de treizeci de ori mai mult decât doza zilnică obişnuită – sunt asociate cu simptome minore sau absenţa simptomelor.“ Doar la „doze foarte mari – de şaptezeci şi cinci de ori mai mult decât doza zilnică obişnuită“ se produc evenimente grave, „printre care se numără crize, modificări în ECG şi reducerea stării de conştienţă“.

XI
Evoluţia

S-au spus o mulţime de lucruri despre depresie: „cine“, şi „ce“, şi „când“, şi „unde“. Evoluţioniştii şi-au îndreptat atenţia către „de ce“. Interesul pentru „de ce“ începe cu aspectul istoric: biologia evoluţionistă explică felul în care lucrurile au ajuns să fie aşa cum sunt. De ce o stare atât de evident neplăcută şi esenţialmente neproductivă a ajuns să afecteze o parte atât de mare a populaţiei? Ce avantaje ar fi putut sluji vreodată? Să fie oare un simplu cusur al omenirii? De ce n-a fost eliminat de mult, prin selecţia naturală? De ce anumite simptome tind să se agrege? Care este relaţia dintre evoluţia socială şi cea biologică a afecţiunii? E imposibil să răspundem fără să examinăm întrebarea care precedă fondul depresiei. De ce, în termenii evoluţiei, avem totuşi stări sufleteşti? De fapt, de ce avem afecte? Ce anume a determinat natura să selecteze disperarea, şi frustrarea, şi iritabilitatea şi să selecţioneze, relativ vorbind, atât de puţină bucurie? Examinarea întrebărilor evoluţioniste privind depresia înseamnă să examinezi ce înseamnă să fii om.

Este evident că tulburările de dispoziţie nu sunt stări simple, singulare, distincte. Michael McGuire şi Alfonso Troisi, în cartea lor *Darwinian Psychiatry*, arată că depresia „poate să apară cu sau fără elemente care s-o declanşeze, poate uneori să opereze şi uneori să nu opereze în cadrul familiei, poate să prezinte diferite procente de concordanţă la gemenii univitelini, poate uneori să dureze toată viaţa şi alteori să se vindece de la sine“. În plus, depresia este, evident, rezultatul comun a mai multe cauze; „unele persoane cu depresie au crescut şi trăiesc în medii sociale adverse, în vreme ce altele nu; şi au fost raportate diferenţe individuale semnificative ale sistemelor fiziologice care produc depresie (de exemplu, norepinefrina, serotonina). Mai mult, unii reacţionează la un tip de antidepresive, în vreme ce alţii nu; unii nu reacţionează la nici un tip de medicamente, dar reacţionează la tratamentul cu electroşocuri; iar unii nu reacţionează la nici un fel de intervenţie cunoscută.“[675]

Se sugerează că ceea ce numim depresie pare să fie o combinaţie specifică de stări care n-au limite evidente. E ca şi cum am avea o stare numită „tuse“

cuprinzând tusea care reacţionează la antibiotice (tuberculoza), tusea care reacţionează la modificări legate de umiditate (emfizem), tusea care reacţionează la tratamente psihologice (tusea poate fi un comportament nevrotic), tusea care reacţionează la chimioterapie (cancer pulmonar) şi tusea ce pare să fie netratabilă. Un tip de tuse poate fi fatal dacă nu e tratat, altul e cronic, altul e temporar, iar altul depinde de anotimp. Un tip de tuse trece de la sine. Un tip e legat de viroză. Ce anume e tusea? Am hotărât să definim tusea mai degrabă ca simptom a diverse boli decât ca boală de sine stătătoare, deşi ne putem uita şi la ceea ce am putea numi simptomele ce decurg din tusea însăşi: durere în gât, perturbarea somnului, dificultatea de a vorbi, senzaţii de mâncărime enervante, respiraţie grea şi aşa mai departe. Depresia nu e o categorie de boală raţională; asemenea tusei, e un simptom cu simptome. Dacă n-am cunoaşte gama bolilor care produc tuse, n-am avea o bază pentru cunoaşterea „tusei refractare“ şi am aduce tot soiul de explicaţii ale motivelor pentru care un anumit fel de tuse pare să nu reacţioneze la tratament. În momentul de faţă, nu avem un sistem limpede de sortare a diferitelor tipuri de depresie şi a diferitelor lor implicaţii. E improbabil ca o astfel de boală să aibă o singură explicaţie. Dacă apare dintr-o serie întreagă de motive, trebuie folosite mai multe sisteme la examinarea ei. Există ceva inerent imprecis în modalităţile curente, pentru care trebuie să luăm un strop de gândire psihanalitică, un strop de biologie şi câteva circumstanţe externe şi să facem din ele o salată excentrică. Trebuie să clarificăm depresia, suferinţa, personalitatea şi boala înainte de a putea înţelege cu adevărat stările mintale depresive.

Reacţia animală fundamentală este senzaţia. Senzaţia de foame e neplăcută, iar cea de saţietate e plăcută pentru toate fiinţele vii, şi de aceea facem efortul de a ne hrăni. Dacă foamea n-ar fi o senzaţie neplăcută am muri de foame. Avem instincte care ne conduc spre mâncare, iar când acele instincte sunt contracarate – de exemplu, de indisponibilitatea hranei – simţim o foame extremă, o stare de care vrem să scăpăm prin orice mijloace. Senzaţiile tind să declanşeze emoţii: când sunt nefericit pentru că mi-e foame, am o reacţie emoţională la o senzaţie. Se pare că insectele şi multe nevertebrate au senzaţii şi reacţii la senzaţii, şi e greu de spus unde anume începe emoţia în ierarhia animală. Emoţia nu e caracteristică exclusiv mamiferelor superioare; dar nici nu e cuvântul potrivit pentru descrierea comportamentului unei amibe. Suntem afectaţi de un impresionant paralogism şi avem tendinţă antropomorfizantă când spunem, bunăoară, că o

plantă care n-a fost udată destul e nefericită când se apleacă spre pământ – sau, pe de altă parte, că automobilul e nervos când se tot opreşte. Nu e uşor să faci deosebire între aceste proiecţii şi emoţia reală. Un roi de albine e furios? Un somon care înoată în susul torentului e hotărât? Foarte respectatul biolog Charles Sherrington scria, spre sfârşitul anilor ’40, privind prin microscop un purice care ciupea, că „actul, reflex sau nu, părea încărcat de emoţia cea mai violentă. Dacă lăsăm deoparte scara liliputană, scena se putea compara cu leul care sare asupra prăzii în *Salammbô*. Era o imagine fugitivă sugerând un ocean de «afecte» care umple lumea insectelor“.[676] Ceea ce descrie Sherrington este că acţiunea pare pentru ochiul omenesc că reflectă emoţie.

Dacă emoţia este o chestiune mai complexă decât senzaţia, starea este o noţiune şi mai sofisticată. Biologul evoluţionist C.U.M. Smith descrie emoţia drept vreme (dacă plouă chiar în acest moment), iar starea drept climat (dacă e o parte umedă, ploioasă a lumii).[677] Starea e un fapt emoţional constant, ce dă culoare reacţiei la senzaţii. E alcătuită din emoţie, care a căpătat viaţă proprie în afara factorilor declanşatori nemijlociţi. Putem fi nefericiţi din cauza foamei, şi ajungem într-o stare de iritabilitate ce nu va fi eliminată obligatoriu dacă mâncăm ceva. Starea există la mai multe specii; în general, cu cât specia e mai dezvoltată, cu atât starea apare în mod independent de circumstanţele exterioare nemijlocite. Acest lucru e cel mai adevărat la oameni. Chiar şi cei care nu suferă de depresie au uneori stări de tristeţe, când lucruri mărunte par să fie depline mementouri ale caracterului nostru muritor, când cei care au plecat ori momentele ce s-au dus ne lipsesc subit şi profund, când simplul fapt că existăm într-o lume trecătoare pare paralizant de trist. Uneori, oamenii sunt trişti fără motiv aparent. Şi chiar şi cei care sunt adesea deprimaţi trec uneori prin stări minunate, când soarele pare mai strălucitor ca de obicei, totul are un gust delicios, iar lumea e doldora de posibilităţi, când trecutul pare să fie doar o mică uvertură la splendoarea prezentului şi a viitorului. Cum se face că se întâmplă aşa este o enigmă şi a biochimiei, şi a evoluţiei. Avantajele pe care le are pentru selecţia naturală emoţia sunt mult mai uşor de văzut decât nevoia speciei de a avea stări.

Oare depresia este o perturbare, cum este cancerul, sau poate fi defensivă, asemenea greţei? Evoluţioniştii argumentează că ea apare mult prea des ca să fie o simplă disfuncţie. Pare probabil ca această capacitate de depresie să implice mecanisme care, într-o anumită etapă, au avut un avantaj reproductiv. Pe această bază, se pot enunţa patru posibilităţi. Fiecare este cel puţin parţial adevărată. Prima este că depresia a avut, în timpurile preumane ale evoluţiei,

un scop pe care nu-l mai are. A doua este că stresurile vieţii moderne sunt incompatibile cu creierul care ni s-a dezvoltat şi că depresia e consecinţa faptului că facem ceea ce nu se încadrează în evoluţia noastră. A treia este că depresia are o funcţie utilă în sine în societăţile omeneşti, că uneori e un lucru bun ca oamenii să fie deprimaţi. Ultima este că genele şi structurile biologice rezultante implicate în depresie sunt implicate şi în alte comportamente sau sentimente, mai utile – că depresia e rezultatul secundar al unei variante utile din fiziologia cerebrală.

Ideea că depresia a avut cândva o funcţie utilă pe care n-o mai are – că este, de fapt, o relicvă – a reieşit din numeroasele noastre reacţii emoţionale reziduale. Aşa cum a subliniat psihologul Jack Kahn, „oamenii nu încearcă o spaimă firească în faţa primejdiilor reale, cum sunt automobilele şi prizele de curent, ci-şi pierd vremea şi energia temându-se de păianjeni şi şerpi inofensivi“[678] – animale de care ar fi fost util să ne temem în alte timpuri şi în altă etapă a dezvoltării noastre ca specie. Urmând acest tipar, depresia se grupează adesea în jurul a ceea ce pare cu totul lipsit de importanţă. Anthony Stevens şi John Price[679] au propus teoria că o anumită formă de depresie e necesară pentru formarea societăţilor de nivel primitiv. Cu toate că organismele inferioare şi unele mamifere superioare, cum este urangutanul,[680] sunt singuratice, cele mai multe animale evoluate formează colectivităţi, care le oferă o mai bună apărare faţă de animalele răpitoare, acces mai bun la resurse, mai mari şanse de reproducere şi perspectiva vânătorii în comun. Nu există îndoială că selecţia naturală a favorizat colectivitatea. Impulsul către colectivitate este extrem de puternic la oameni. Trăim în societăţi şi cei mai mulţi dintre noi se bazează mult pe simţul apartenenţei. A fi plăcut de ceilalţi este una dintre cele mai mari plăceri ale vieţii; a fi exclus, ignorat sau nepopular în vreun alt fel este una dintre cele mai rele trăiri pe care le putem avea.

Cineva se află totdeauna în fruntea unui grup;[681] o societate fără conducător e haotică şi se fărâmiţează curând. De obicei, poziţiile indivizilor dintr-un grup se schimbă cu timpul, iar conducătorul trebuie să-şi apere în permanenţă poziţia faţă de rivali, până ce, în cele din urmă, e învins. În astfel de societăţi, depresia e un factor critic pentru rezolvarea conflictului legat de dominare. Dacă un animal inferior ca rang îl provoacă pe conducător şi nu e descurajat, o să-l tot provoace şi n-o să fie niciodată pace, iar grupul nu va putea să funcţioneze ca grup. Dacă, după ce iese în pierdere, un astfel de animal nu mai dispune de siguranţă de sine şi se retrage într-o stare întru câtva

depresivă (caracterizată mai mult prin pasivitate decât printr-o criză existenţială), el recunoaşte astfel triumful învingătorului şi acceptă vrând-nevrând structura de dominare. Această fiinţă subdominantă, prin faptul că cedează în faţa autorităţii, îl scuteşte pe învingător de obligaţia de a-l ucide sau de a-l izgoni din grup. Aşadar, prin apariţia adecvată a unei depresii uşoare sau moderate, se poate obţine consensul social într-o societate bazată pe ierarhie.[682] Faptul că adesea depresia recidivează poate să arate că e necesar ca aceia care au luptat şi au fost învinşi să nu mai lupte, reducându-şi astfel la minimum prejudiciile. Evoluţionistul J. Birtchnell[683] a spus că centrii cerebrali monitorizează continuu starea noastră în raport cu ceilalţi şi că funcţionăm cu toţii conform înclinaţiei noastre de asimilare inconştientă a ierarhiei. Rezultatul unei lupte determină felul în care cele mai multe dintre animale se ierarhizează; depresia poate fi utilă în prevenirea contestării de către aceste animale a rangului lor, în condiţiile în care n-au şanse reale de a o face. Oamenii suferă adesea criticile şi atacurile altora, chiar dacă nu-şi propun îmbunătăţirea propriei poziţii sociale. Depresia îi scoate din zona în care sunt expuşi acestei atitudini critice; ei se repliază, ca să nu fie reduşi la tăcere (această teorie mi se pare că are ceva din dilema „omorârii ţânţarului cu ciocanul“). Elementul de anxietate al depresiei se leagă, aşadar, de teama de a fi obiectul unui atac atât de puternic, încât să fii exclus din grup, lucru care, în lumea animală şi în vremurile în care omul era vânător-culegător, ar fi avut consecinţe fatale.

Acest argument particular pentru structurile evolutive ale depresiei nu este prea relevant pentru depresia pe care o trăim actualmente în societăţi cu enorm de multe principii structurante externe. Structura grupurilor de animale de tipul haitei este determinată de forţa fizică exprimată prin lupte, în care una dintre părţi triumfă prin slăbirea sau înfrângerea celeilalte. Russell Gardner,[684] care timp de mulţi ani a fost conducătorul Societăţii de Comparare a Speciilor şi de Psihopatologie (Across-Species Comparisons and Psychopathology Society – ASCAP), a examinat felul în care depresia umană se leagă de modelele animale. El propune ipoteza că la oameni succesul este mai puţin legat de învingerea altora şi mai mult de faptul că faci tu însuţi ceva. Oamenii nu au succes doar pe baza faptului că împiedică pe oricine altcineva să aibă succes; au succes datorită propriilor realizări. Asta nu înseamnă că sunt complet feriţi de competiţie şi de tendinţa de a face altora rău, dar competiţia care caracterizează cele mai multe sisteme sociale omeneşti e mai degrabă constructivă decât distructivă. În grupurile de

animale, subiectul esenţial al succesului este „Sunt mai tare ca tine“, în vreme ce în societăţile omeneşti este, în mai mare măsură, „Sunt nemaipomenit de bun“.

Gardner propune ipoteza conform căreia, în vreme ce forţa verificabilă reală stabileşte ordinea în grupurile de animale, indivizii mai slabi având stări depresive, în societăţile omeneşti opinia publică este cea care stabileşte ordinea socială. Aşadar, dacă un babuin poate să arate depresiv din cauză că fiecare dintre ceilalţi babuini poate să-l bată (şi o face), un om poate să devină depresiv din cauză că nimeni nu-l apreciază. Ipoteza elementară despre ierarhie e sprijinită de experienţa contemporană – oamenii care coboară pe scara ierarhică devin depresivi, şi asta îi face uneori să accepte mai uşor un rang inferior în societate. Cu toate acestea, ar trebui să notăm că, de obicei, cei care refuză să accepte rangul inferior nu sunt, nici măcar ei, alungaţi din societăţile contemporane – de fapt, unii dintre ei devin revoluţionari respectabili.

Depresia e vărul neliniştit al hibernării, tăcere şi repliere ce conservă energia, încetinire a tuturor sistemelor – ceea ce pare să sprijine ideea că depresia este o relicvă. Faptul că oamenii depresivi tânjesc după patul lor şi nu vor să iasă din casă evocă hibernarea: animalul ar trebui să hiberneze nu în mijlocul unui câmp, ci în siguranţa relativă a bârlogului său confortabil. Conform unei ipoteze, depresia este o formă naturală de retragere ce trebuie să aibă loc într-un context sigur. „S-ar putea ca depresia să fie asociată cu somnul“, a sugerat Thomas Wehr, specialistul în somn de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), „deoarece este asociată efectiv cu un loc în care are loc somnul, cu faptul de a fi acasă“. Depresia mai poate fi însoţită de modificarea nivelurilor de prolactină, hormonul care determină păsările să-şi clocească ouăle săptămâni în şir. De asemenea, e o formă de retragere şi de inactivitate. Despre depresia mai uşoară, Wehr spune: „Membrii speciei care erau prea temători ca să aibă a face cu mulţimile, care nu se duceau în locuri înalte, care nu intrau prin tuneluri, care nu se evidenţiau prin nimic, care se fereau de străini, care se duceau acasă când simţeau primejdia – probabil că trăiau mult şi aveau o mulţime de copii.“[685]

Este important să ţinem seama de presupusa originalitate a finalităţii evoluţiei. Selecţia naturală nu elimină dereglările şi nu se îndreaptă spre perfecţiune. Selecţia naturală favorizează manifestarea anumitor gene în comparaţie cu altele. Creierul nostru evoluează mai lent decât felul nostru de viaţă. McGuire şi Troisi numesc aceasta „ipoteza decalajului genomic“.[686] Nu

încape îndoială că viaţa modernă implică poveri incompatibile cu creierul care ni s-a dezvoltat. Prin urmare, depresia ar putea fi consecinţa actului nostru de a face ceea ce n-am atins nivelul evolutiv de a face. „Cred că, la o specie concepută să trăiască în grupuri de cincizeci-şaptezeci de indivizi“, spune Randolph Nesse, specialist de frunte în psihologia evoluţionistă, „a trăi într-un grup de câteva miliarde este greu pentru toţi. Dar, cine ştie? Poate că e vorba de regimul alimentar, sau de proporţia activităţii practice, sau de modificările structurii familiei, sau de schimbările în privinţa obiceiurilor de împerechere şi a accederii sexuale, poate că e vorba de somn, sau de faptul că avem a ne confrunta cu moartea însăşi ca idee conştientă, sau poate că nu e vorba de nici una dintre acestea.“ James Ballenger, de la Universitatea de Medicină din Carolina de Sud, adaugă: „Stimulii pentru anxietate pur şi simplu nu existau în trecut. Rămâneai la mică distanţă de casă, iar cei mai mulţi dintre oameni puteau învăţa să se descurce într-un singur loc. Societatea modernă e anxiogenă.“ Evoluţia a inventat o paradigmă în care o anumită reacţie era utilă în anumite împrejurări; viaţa modernă provoacă acea reacţie, acea constelaţie de simptome, în multe împrejurări în care acestea nu sunt utile. Proporţiile depresiei tind să fie scăzute în societăţile de vânători-culegători sau în cele eminamente agrare; mai mari – în societăţile industriale; şi cele mai mari – în societăţile aflate în tranziţie. Aceasta sprijină ipoteza lui McGuire şi Troisi. Există în societăţile moderne o puzderie de dificultăţi cărora societăţile mai tradiţionale nu au a le face faţă. Adaptarea la ele fără să fi avut timpul de a învăţa strategiile de soluţionare a problemelor este aproape imposibilă. Dintre aceste dificultăţi, cea mai mare este probabil stresul cronic. În starea de sălbăticie, animalele tind să ajungă trecător într-o situaţie îngrozitoare, pe care apoi s-o rezolve prin supravieţuire sau moarte. În afară de foamea persistentă, nu există stres cronic. Animalele sălbatice nu-şi iau locuri de muncă de care apoi să le pară rău; nu se silesc să interacţioneze calm, an după an, cu cei care nu le plac; nu se luptă pentru custodia copiilor.

Poate că principala sursă a nivelului de stres extrem de înalt din societatea noastră nu sunt aceste suferinţe evidente, ci libertatea ce ni se oferă sub forma unui număr copleşitor de opţiuni pentru care nu avem informaţii. Psihologul olandez J.H. van den Berg, care a publicat în 1961 *The Changing Nature of Man*,[687] susţine că societăţi diferite au sisteme diferite de motivaţie şi că fiecare epocă necesită o nouă serie de teorii – aşa încât ceea ce a scris Freud poate foarte bine să fie adevărat pentru oamenii de la cumpăna secolelor al

XIX-lea şi al XX-lea din Viena şi Londra, dar nu mai e obligatoriu adevărat pentru oamenii de la jumătatea veacului al XX-lea, şi niciodată n-a fost strict adevărat pentru oamenii din Beijing. Van den Berg sugerează că nu există nimic de felul unei alegeri bazate pe informaţii în privinţa modului de viaţă în cultura modernă. Vorbeşte despre caracterul insesizabil al profesiilor, a căror continuă diversificare a avut ca rezultat o gamă de posibilităţi ce depăşeşte puterea de înţelegere. În societăţile preindustriale, un copil putea să se plimbe prin satul său şi să vadă adulţii la muncă. El avea tendinţa să-şi aleagă (acolo unde putea fi vorba de alegere) meseria pe baza cunoaşterii destul de cuprinzătoare a ceea ce implica fiecare opţiune disponibilă – ce însemna să fii fierar, morar sau brutar. Poate că amănuntele vieţii de preot erau neclare, dar felul în care trăia un preot era pe deplin vizibil. Acest lucru pur şi simplu nu mai este adevărat în societatea postindustrială. Puţini oameni au înţeles încă din copilărie cu ce se ocupă de fapt un administrator de fonduri speculative, sau un administrator din domeniul sanitar, sau un conferenţiar universitar – sau cum ar fi să facă ei asta.

La fel stau lucrurile şi pe tărâm personal. Până în secolul al XIX-lea, opţiunile sociale erau limitate. Cu excepţia câtorva aventurieri şi eretici, oamenii creşteau şi mureau în acelaşi loc. Făceau parte din structuri de clasă rigide. Un ţăran arendaş din Shropshire avea puţine opţiuni în privinţa căsătoriei: el alegea dintre femeile localnice de vârstă potrivită şi din clasa potrivită. Poate că aceea pe care o iubea cu adevărat se dovedea a fi indisponibilă şi trebuia să se mulţumească să se însoare cu altcineva, dar cel puţin trecuse în revistă opţiunile, ştia ce ar fi putut face şi ştia ce face. Membrii claselor superioare trăiau într-o lume cu un pic mai puţine constrângeri geografice, dar erau mai puţini la număr. Şi la ei exista tendinţa de a cunoaşte toate persoanele cu care ar fi putut avea ocazia să se căsătorească şi de a fi conştienţi de gama deplină a opţiunilor lor. Aceasta nu vrea să însemne că nu erau şi căsătorii între clase sau că oamenii nu se mutau dintr-un loc în altul, dar aceste cazuri erau rare şi reflectau negarea conştientă a convenţiei. Societăţile foarte bine structurate care nu prezintă oportunităţi nelimitate pot să-i facă pe membrii lor – cel puţin un mare procent din populaţie – să-şi accepte soarta, cu toate că, desigur, acceptarea deplină a propriei situaţii prin intermediul introspecţiei este rară în orice societate, din orice epocă. Odată cu perfecţionarea transporturilor, dezvoltarea oraşelor şi apariţia mobilităţii claselor, gama posibililor parteneri a crescut brusc, până la proporţii cu neputinţă de măsurat. Oamenii – care, la jumătatea secolului al

XVIII-lea, puteau spune că i-au trecut în revistă pe toţi membrii disponibili ai sexului opus şi l-au ales pe cel mai bun – au fost siliţi, în vremurile mai recente, să se împace cu asigurarea mai puţin încurajatoare că au ales cea mai bună persoană dintre cele cu care s-a nimerit să intre în contact până atunci. Cei mai mulţi dintre noi întâlnim, în cursul vieţii, mii de persoane. Astfel, pierderea siguranţei fundamentale – impresia că ştii dacă ai ales sau nu meseria potrivită şi impresia că ştii dacă ai ales sau nu partenerul de viaţă potrivit – ne face mai săraci. Pur şi simplu, nu putem accepta că nu ştim ce să facem; ne agăţăm de ideea că alegerile ar trebui să ni le facem pe baza cunoştinţelor.

În termeni politici, libertatea este adesea împovărătoare – motiv pentru care perioada de tranziţie ulterioară căderii unei dictaturi provoacă adesea depresie.[688] În termeni personali, sclavia şi libertatea excesivă sunt deopotrivă realităţi apăsătoare şi, în vreme ce o parte a lumii e paralizată de stringenţa disperării pricinuite de sărăcia de care nu poate scăpa, popoarele cele mai dezvoltate sunt paralizate de însăşi mobilitatea populaţiilor lor, de nomadismul neîncetatei dezrădăcinări şi strămutări, în vederea acomodării cu locurile de muncă, cu relaţiile şi chiar cu preferinţele – fenomen specific secolului al XXI-lea. Un scriitor care se ocupă de această problemă povesteşte despre un băiat – a cărui familie s-a mutat de cinci ori într-o perioadă scurtă – care s-a spânzurat de un stejar din curtea casei, lăsând un bilet prins de scoarţa copacului, în care scria: „Ăsta-i singurul lucru de pe aici care are rădăcini.“[689] Senzaţia de perpetuă disoluţie o are directorul executiv, care, într-un an, ajunge cu avionul, în medie, în treizeci de ţări, şi orăşeanul din clasa medie, al cărui serviciu se tot modifică, deoarece firma la care lucrează e cumpărată succesiv de alte firme şi care nu ştie, de la un an la altul, cine va lucra pentru el sau pentru cine va lucra el, sau persoana care trăieşte singură şi dă de alţi vânzători ori de câte ori se duce să-şi cumpere alimente. În 1957, un supermarket american mediu avea şaizeci şi cinci de articole la raionul de legume-fructe: cumpărătorii cunoşteau toate aceste fructe şi legume şi mai gustaseră până atunci din ele. În 1997, un supermarket american mediu avea peste trei sute de articole la raionul de legume-fructe, în multe supermarketuri ele ajungând la o mie.[690] Suntem pe tărâmul nesiguranţei chiar şi când alegem ce să mâncăm la cină. Acest gen de escaladare a posibilităţilor de alegere nu e comod; e ameţitor. Când apar posibilităţi de alegere între produse asemănătoare în fiecare domeniu – unde trăieşti, ce faci, ce cumperi, cu cine te căsătoreşti –, rezultatul este un

sentiment colectiv de disconfort, care spune mult, după părerea mea, despre proporţia creşterii depresiei în lumea industrializată.

În plus, trăim într-o epocă a tehnologiilor sclipitoare, uluitoare, şi nu ştim concret cum funcţionează cele mai multe dintre lucrurile din jurul nostru. Cum funcţionează un cuptor cu microunde? Ce e un cip de silicon? Cum se modifică genetic porumbul? Cum se deplasează vocea mea când folosesc telefonul mobil în comparaţie cu telefonul fix? Sunt bani adevăraţi cei pe care un bancomat din Kuwait îi scoate din contul meu din New York? Putem face cercetări legate de fiecare dintre aceste chestiuni, dar aflarea răspunsurilor la toate micile întrebări ştiinţifice din viaţa noastră e o sarcină care ne depăşeşte puterile. Chiar şi în cazul cuiva care ştie cum funcţionează motorul unei maşini şi de unde vine electricitatea, mecanica reală a vieţii de zi cu zi a devenit din ce în ce mai obscură.

Există multe stresuri specifice pentru care suntem slab pregătiţi. Destrămarea familiei este, cu siguranţă, unul dintre ele, iar altul este începutul vieţii în singurătate. Aşa cum e şi pierderea contactului, şi uneori a apropierii, dintre mamele care au serviciu şi copiii lor. Aşa cum e şi o viaţă profesională care nu comportă mişcări fizice sau exerciţii. Aşa cum e şi traiul la lumina artificială. Aşa cum e şi pierderea sprijinului pe care îl dă religia. Aşa cum e şi asimilarea exploziei de informaţii din epoca noastră. Lista poate continua aproape la nesfârşit. Cum ar putea fi creierul nostru pregătit să prelucreze şi să suporte toate astea? De ce n-ar fi pentru el un efort?

Mulţi oameni de ştiinţă au subscris la ideea că depresia are o funcţie utilă în societatea noastră, aşa cum este ea astăzi. Evoluţioniştii ar vrea să vadă că prezenţa depresiei favorizează reproducerea anumitor gene – dar, dacă ne uităm la procentele de reproducere ale depresivilor, constatăm că, de fapt, depresia scade reproducerea. Asemenea durerii fizice, depresia are rol de avertisment în privinţa unor activităţi sau comportamente periculoase, făcându-le prea neplăcute pentru a fi suportate, funcţia depresiei fiind, în felul acesta, de cea mai evidentă utilitate. Paul J. Watson şi Paul Andrews, specialişti în psihiatria evoluţionistă,[691] au venit cu propunerea conform căreia depresia e realmente un mijloc de comunicare şi au modelizat scenarii evolutive conform cărora depresia este o boală socială, care există pentru rolul ei interpersonal. După părerea lor, depresia uşoară determină o introspecţie intensă, pe baza căreia se pot lua hotărâri bine gândite despre modalitatea de a efectua în propria viaţă schimbări care să se potrivească mai bine propriului caracter. Această depresie poate fi – şi adesea este – ţinută

ascunsă, iar funcţionarea ei este confidenţială. Anxietatea – tulburarea anterioară apariţiei unui eveniment – este adesea o componentă a depresiei şi poate fi utilă în prevenirea necazurilor. Depresia uşoară – stare de descurajare ce a căpătat o viaţă separată de împrejurările care au declanşat-o – poate să motiveze revenirea la ceea ce a fost în mod nechibzuit lăsat deoparte, la ceea ce a fost preţuit doar după ce a fost pierdut. Poate să ne determine să regretăm greşelile reale şi să evităm repetarea lor. Deciziile privind viaţa noastră urmează adesea vechea regulă a investiţiilor: deciziile riscante pot să aducă recompense mari, dar cu un preţ care poate fi prea mare pentru cei mai mulţi dintre oameni. O situaţie în care o persoană nu se poate detaşa de un ţel cu adevărat imposibil de atins poate fi rezolvată prin depresie, care ne sileşte să ne detaşăm. Oamenii care-şi urmăresc ţelurile cu o tenacitate excesivă şi nu pot renunţa la legături care sunt evident lipsite de înţelepciune sunt deosebit de expuşi la depresie. „Ei încearcă să facă ceva interpersonal care n-o să reuşească, dar nu pot să renunţe, pentru că s-au supraimplicat emoţional“, spune Randolph Nesse.[692] Starea de descurajare slujeşte la demarcarea stăruinţei.

Depresia poate cu siguranţă să pună stavilă comportamentelor cu efecte negative, pe care altfel le-am putea accepta. Nivelul excesiv de stres provoacă bunăoară depresie, iar depresia ne poate face să evităm stresul. Prea puţin somn poate să ducă la depresie, iar depresia ne poate trimite înapoi către mai mult somn. Printre funcţiile principale ale depresiei, se numără schimbarea comportamentelor neproductive. Depresia este adesea un semn că resursele sunt investite necorespunzător şi e nevoie să li se schimbe ţinta. Exemple practice de acest gen se găsesc din belşug în viaţa modernă. Am auzit de o femeie care încerca să-şi croiască drum în lume ca violonistă profesionistă, în ciuda faptului că profesorii şi colegii o descurajau, şi care a avut o depresie acută, refractară la medicamente şi alte terapii. Când a renunţat la muzică şi şi-a concentrat energia pe un domeniu mai potrivit cu aptitudinile ei, depresia a dispărut.[693] Oricât de paralizantă pare, depresia poate fi un factor de motivare.

Depresia mai gravă poate să atragă atenţia şi sprijinul celorlalţi. Watson şi Andrews sugerează că a pretinde că ai nevoie de ajutorul celorlalţi nu-ţi aduce obligatoriu acel ajutor: ceilalţi sunt prea isteţi ca să fie păcăliţi de nevoile false. Depresia este un mecanism convenabil, deoarece furnizează realitatea convingătoare: dacă eşti depresiv, atunci eşti cu adevărat neajutorat, iar dacă eşti cu adevărat neajutorat ai putea să storci de la ceilalţi ajutor.

Depresia este o formă de comunicare costisitoare, dar e cu atât mai convingătoare datorită costului ei ridicat. Groaza sinceră de depresie este ceea ce-i motivează pe ceilalţi, asta spun Watson şi Andrews; disfuncţia provocată de instalarea depresiei poate să aibă o funcţie utilă prin faptul că este „un dispozitiv de atragere a altruismului“.[694] De asemenea, îi poate convinge pe cei care-ţi fac necazuri să te lase în pace.

Depresia mea a determinat tot soiul de comportamente ajutătoare de la rude şi prieteni. Am primit mult mai multă atenţie decât m-aş fi aşteptat, iar cei din jurul meu au luat măsuri ca să mă scutească de unele poveri – financiare, emoţionale şi comportamentale. Am fost eliberat de tot felul de obligaţii faţă de prieteni, pur şi simplu pentru că eram prea bolnav ca să mă ocup de ei. Am încetat să lucrez: n-am avut de ales în privinţa asta. Ba chiar m-am folosit de boală ca să obţin permisiunea de a amâna plata facturilor, iar tot soiul de tipi nesuferiţi au fost siliţi să nu mă mai sâcâie. De fapt, când am avut al treilea episod depresiv, am cerut o prelungire a termenului de predare a acestei cărţi, şi am făcut-o cu deplină siguranţă; oricât de fragil m-aş fi simţit, am fost în stare să declar categoric că nu, în nici un caz nu pot continua să lucrez, şi trebuie să se împace cu situaţia mea.

Pentru specialistul în psihologia evoluţionistă Edward Hagen, depresia este un joc de putere: implică retragerea serviciilor pe care le oferim celorlalţi, până ce ei se adaptează la nevoile noastre.[695] Nu sunt de acord. Persoanele depresive le cer o mulţime de lucruri celor din jur, însă, dacă n-ar fi depresive, n-ar avea nevoie să ceară toate acele lucruri. Şansele acestor cereri de a fi satisfăcute pe deplin sunt relativ slabe. Depresia poate fi un şantaj util, dar, în general, e prea neplăcut pentru şantajist şi cu rezultate prea inconsecvente pentru a fi o modalitate anume aleasă ca el să-şi atingă scopurile. Cu toate că poate fi o satisfacţie să obţii sprijin când te simţi îngrozitor, şi poate, de fapt, să ajute la atingerea unei profunzimi a iubirii inimaginabilă în alte condiţii, e mult mai bine să nu te simţi îngrozitor şi să n-ai nevoie de atâta sprijin. Nu, eu cred că starea de descurajare are funcţia durerii fizice, făcându-ne să evităm anumite comportamente din cauza consecinţelor neplăcute, dar ideea în vogă că depresia este o modalitate de a atinge obiective *sociale* nu mi se pare că are sens. Dacă depresia majoră e strategia naturii de a face indivizi independenţi să caute ajutor, în cel mai bun caz e o strategie riscantă. Realitatea este că pe cei mai mulţi oameni depresia îi îngrozeşte. Cu toate că unii reacţionează la o manifestare de depresie cu un spor de simpatie şi altruism, cei mai mulţi reacţionează cu repulsie şi dezgust.

Nu e neobişnuit să descoperi în perioada depresiei că, de fapt, nu te poţi bizui pe oamenii pe care credeai că te poţi bizui – o informaţie valoroasă pe care poate că ai fi preferat să n-o ai. Depresiile mele au despărţit grâul de neghină în cazul prietenilor. Dar cu ce preţ? Şi merită oare să uit – doar pentru că nu m-am putut bizui pe ele într-un moment cumplit – de alte relaţii care-mi ofereau plăcere? Ce fel de prieten ar trebui să fiu cu astfel de oameni? Şi, în orice caz, în ce măsură ţine de prietenie faptul că e demnă de încredere? Cât se raportează la blândeţe, generozitate sau bunătate faptul de a fi demn de încredere într-o criză?

*

Ideea că depresia înseamnă funcţionarea greşită a mecanismelor care au şi funcţii utile este, poate, cea mai convingătoare dintre toate teoriile evoluţioniste. Cel mai adesea, depresia apare dintr-o formă de suferinţă psihică – şi o reprezintă. Nu putem concepe melancolia separat de doliu: modelul de bază al depresiei există în durere. Depresia poate fi un mecanism util care s-a blocat. Avem o gamă de ritmuri cardiace care ne permit să funcţionăm în diferite împrejurări şi climate. Depresia reală este, asemenea unei inimi care nu pompează sânge către degetele de la mâini şi de la picioare, o extremă în care practic nu există vreun avantaj inerent.

Suferinţa psihică are o profundă însemnătate pentru condiţia umană. Cred că funcţia ei cea mai importantă este formarea iubirii. Dacă n-am suferi destule pierderi ca să ne temem de ele, n-am putea să iubim intens. Trăirea iubirii încorporează tristeţea în intensitatea şi amplitudinea ei. Dorinţa noastră de a nu-i vătăma pe cei dragi – de fapt, de a-i ajuta – slujeşte şi la conservarea speciei. Iubirea ne ţine în viaţă când ne dăm seama de greutăţile existente în lume. Dacă ne-am fi dezvoltat conştiinţa şi nu ne-am fi dezvoltat, în aceeaşi măsură, iubirea, n-am mai fi putut să suportăm loviturile şi săgeţile pe care ni le rezervă viaţa. N-am văzut vreun studiu controlat pe această temă, dar cred că oamenii care au cea mai mare capacitate de iubire au o probabilitate mai mare de a adera la viaţă, de a rămâne vii, decât cei lipsiţi de ea; au şi o probabilitate mai mare să fie iubiţi, şi asta, de asemenea, îi ţine în viaţă. „Mulţi oameni văd raiul ca pe un loc plin de însufleţire şi diversitate“, spunea Kay Jamison. „Nu ca pe un loc fără necazuri. Vrem să eliminăm unele extreme, dar nu să reducem spectrul la jumătate. E o linie foarte subţire între a spune că vrei ca oamenii să sufere şi a spune că nu vrei ca oamenii să fie lipsiţi de gama emoţională.“ A iubi înseamnă a fi vulnerabil; a respinge sau a blama vulnerabilitatea înseamnă a refuza iubirea.

În mod hotărâtor, iubirea ne împiedică să renunţăm prea uşor la legăturile afective. Vom suferi dacă-i părăsim pe oamenii pe care-i iubim cu adevărat. Poate că anticiparea suferinţei psihice este vitală pentru formarea ataşamentelor emoţionale. Contemplarea pierderii este ceea ce ne face să ne ţinem strâns de ceea ce avem. Dacă n-am simţi disperare după pierderea cuiva, am cheltui cu acea persoană timp şi energie emoţională doar atâta vreme cât e plăcut s-o facem, nici o clipă mai mult. „În general, teoria evoluţionistă“, spune Nesse, „e considerată o practică cinică. Specialiştii în biologia evoluţiei interpretează întreaga complexitate a comportamentului moral ca şi cum ar fi doar un sistem pentru a beneficia în mod egoist de propriile gene. Desigur, o mare parte din comportamentul nostru e destinată în mod explicit acelui scop. Adesea însă acţiunile noastre se situează în afara acestor parametri.“ Domeniul de studiu al lui Nesse este asumarea angajamentului. „Animalele nu-şi pot face unul altuia promisiuni condiţionate referitoare la viitor. Nu pot negocia şi nu pot spune: «Dacă o să faci asta pentru mine în viitor, atunci eu o să fac asta pentru tine.» Asumarea unui angajament este o făgăduinţă din prezent de a face în viitor ceva ce s-ar putea să nu fie în acel moment pe deplin în interesul tău. Cei mai mulţi dintre noi trăim pe baza unor astfel de asumări de angajamente. Hobbes a observat asta. El a înţeles că însuşirea noastră de a ne asuma angajamente este ceea ce ne face umani.“

Însuşirea de a ne asuma angajamente este în avantajul evolutiv al genelor noastre; este baza unităţii familiale stabile, care asigură mediul ideal pentru tineri. Odată ce dispunem însă de această însuşire, care este un avantaj evolutiv, ne putem folosi de ea aşa cum optăm s-o facem; iar în aceste opţiuni sălăşluieşte busola morală a fiinţei omeneşti. „Ideile simplificatoare despre ştiinţă ale oamenilor ne-au făcut să vedem relaţiile mai ales ca pe nişte manipulări reciproce şi exploatări reciproce“, spune Nesse, „dar, de fapt, sentimentele de iubire şi de ură se extind adesea, până la a deveni impracticabile. Nu se potrivesc deloc cu sistemul nostru raţionalist. Însuşirea de a iubi poate să slujească unui avantaj evolutiv, dar felul în care acţionăm în privinţa iubirii este un procedeu care ne aparţine. Supraeul ne determină să facem lucruri care sunt în folosul altora, cu preţul plăcerii noastre.“ Ne invită pe tărâmul alternativelor morale, un tărâm care nu mai are sens dacă încercăm să eliminăm suferinţa psihică şi vărul ei mai blând, regretul.

Unele insecte se nasc din saci de ouă nesupravegheaţi de adulţi şi în care există provizii de hrană pentru toată viaţa; au nevoie de impuls sexual, dar nu

de iubire. Precursoare ale legăturilor afective există însă chiar şi în lumea reptilelor şi păsărilor. Instinctul de a sta pe ou şi de a-l ţine la căldură – spre deosebire de a face un ou, apoi de a pleca de lângă el, lăsându-l fără căldură, cu posibilitatea de a fi strivit sau înghiţit de animalele care trec pe acolo – e clar că îmbunătăţeşte reproductivitatea. La cele mai multe specii postreptiliene, mamele care-şi hrănesc puii, aşa cum fac păsările bune, au mai mulţi pui care supravieţuiesc, şi aceasta le măreşte succesul în producerea de pui care să ajungă păsări adulte şi să procreeze. Prima reacţie emoţională, şi cea pentru care s-ar produce mai semnificativ selecţia, este o versiune a ceea ce numim iubirea dintre mamă şi puiul ei. Pare posibil ca iubirea să fi apărut la primele mamifere şi să fi motivat aceste vietăţi să se îngrijească de puii relativ neajutoraţi, care au venit pe lume – o lume ameninţătoare – fără protecţia cojii de ou. O mamă care se leagă puternic de progeniturile ei, care şi le apără de agresori şi care e dispusă să le îngrijească şi să le hrănească are mai multe şanse să-şi transmită zestrea genetică decât o mamă care-şi lasă puii atacaţi şi mâncaţi de prădători. Urmaşii mamelor protectoare au şansă mult mai mare de a ajunge la maturitate decât cei ai mamelor indiferente. Selecţia naturală o favorizează pe mama iubitoare.

Diferite alte afecte slujesc alte felurite avantaje. Masculul care nutreşte furie şi ură e mai eficient în lupta cu ceilalţi; încearcă să-i distrugă şi, prin urmare, îşi avantajează propriile tendinţe reproductive. Masculul care e protector cu partenera este, de asemenea, în avantaj; iar masculul care-i ţine pe ceilalţi masculi departe de partenera sa păstrează şansele genelor sale de a fi transmise ori de câte ori femela devine fertilă. La animalele care nasc puţini pui, cea mai bună variantă de promovare a materialului genetic este combinaţia dintre o mamă iubitoare şi grijulie şi un tată gelos şi protector (sau invers). Animalele aprige au şansa de a se reproduce mai frecvent. La animalele stăpânite de furie, există o probabilitate mai mare de a câştiga în împrejurări competitive. Iubirea – *éros*, *agapé*, prietenie, sentimente filiale, maternitate şi toate celelalte forme ale acelei emoţii greu de stăpânit – funcţionează pe modelul recompensei şi pedepsei. Ne exprimăm iubirea, deoarece satisfacţia adusă de iubire este enormă, şi continuăm să ne exprimăm iubirea şi să acţionăm protector, deoarece pierderea iubirii este traumatizantă. Dacă n-am simţi durere la pierderea fiinţei iubite, dacă am avea plăcerea iubirii, dar n-am simţi nimic când obiectul iubirii noastre e ruină, am fi considerabil mai puţin protectori decât suntem. Suferinţa psihică face iubirea autoprotectoare: avem grijă de cei pe care-i iubim, ca să ne ferim

de durerea insuportabilă.

Acest argument mi se pare cel mai plauzibil: că depresia însăşi slujeşte o funcţie utilă minoră, dar că furia emoţională e suficient de valoroasă ca să justifice toate extremele pe care le cunoaştem.

Evoluţia socială a depresiei şi evoluţia ei biochimică sunt legate între ele,[696] dar nu sunt acelaşi lucru. Cartografierea noastră genetică nu e suficient de specifică în acest moment pentru a putea cunoaşte funcţiile exacte ale genelor care ar putea duce la depresie, dar se pare că starea este legată de sensibilitatea afectivă, care este o trăsătură utilă. De asemenea, s-ar putea ca însăşi structura conştiinţei să deschidă calea depresiei. Evoluţionişti contemporani lucrează cu ideea unui creier tripartit (în trei straturi).[697] Stratul cel mai adânc al creierului, cel reptilian, asemănător cu cel care apare la animalele inferioare, e sediul instinctului. Stratul de mijloc, cel limbic, care există la animalele mai evoluate, e sediul afectelor. Stratul de deasupra, care se găseşte doar la mamiferele superioare, cum sunt primatele şi oamenii, este cel cognitiv şi este implicat în raţionare şi în formele avansate de gândire, precum şi în limbaj. Cele mai multe acţiuni umane implică toate cele trei straturi ale creierului. Depresia, în viziunea proeminentului evoluţionist Paul MacLean, este un proces afectiv specific uman. E rezultatul disjuncţiilor procesării la aceste trei niveluri: consecinţa inevitabilă a faptului că instinctul, afectele şi cogniţia acţionează simultan în orice moment. Creierul tripartit nu reuşeşte uneori să-şi coordoneze reacţia la adversitatea socială. În mod ideal, când cineva simte o repliere instinctivă, ar trebui să simtă negativitate afectivă şi reconversie cognitivă. Dacă acestea trei sunt sincronizate, simţim o repliere normală şi nondepresivă din acea activitate sau împrejurare care provoacă dezactivarea creierului instinctual. Uneori însă, nivelurile superioare ale creierului luptă cu partea instinctuală. Putem, de pildă, să ne repliem la nivelul instinctual, dar să ne simţim activaţi afectiv şi furioşi. Aceasta provoacă depresie agitată. Sau ne putem simţi repliaţi la nivelul instinctiv, dar să luăm decizia conştientă de a lupta pentru ceea ce dorim, supunându-ne astfel unui stres îngrozitor. Acest gen de conflict l-am trăit cu toţii şi pare, într-adevăr, să aibă ca rezultat depresia sau alte perturbări. Teoria lui MacLean se potriveşte bine cu ideea conform căreia creierul nostru face mai mult decât îi îngăduie stadiul evoluţiei sale.

Timothy Crow de la Oxford a depăşit principiul creierului tripartit. Teoriile sale sunt foarte personale;[698] indiferent dacă sunt sau nu adevărate, sunt la fel de bune ca gimnastica ritmică pentru minţile uzate de afirmaţiile, uneori

improbabile, făcute de teoreticienii evoluţionişti tradiţionali din domeniul minţii. El propune un model lingvistic-evoluţionist, în care vorbirea este originea conştiinţei, iar conştiinţa este originea bolilor mintale. Crow începe prin respingerea sistemelor de clasificare moderne şi plasează bolile mintale pe un spectru continuu. Pentru el, diferenţele dintre nefericirea obişnuită, depresie, tulburarea bipolară şi schizofrenie sunt în realitate diferenţe de grad, nu de gen – diferenţe dimensionale, nu categoriale. În viziunea sa, toate bolile mintale apar din cauze comune.

Crow crede (în vreme ce fiziologii se contrazic în această privinţă) că la primate creierul e simetric, iar ceea ce-i face pe oameni să fie oameni – punctul de speciaţie – e creierul asimetric (care, afirmă el, pe baza unor argumente genetice destul de complicate, a apărut printr-o mutaţie a cromozomului X la bărbaţi). În vreme ce mărimea creierului creştea în funcţie de mărimea corpului – în evoluţia primatelor şi apoi a omului –, o mutaţie a îngăduit dezvoltarea cu o anumită independenţă a celor două emisfere ale creierului. Aşadar, în vreme ce primata nu poate, ca să spunem aşa, să privească dintr-o parte a creierului său în cealaltă, fiinţa omenească poate. Aceasta a deschis calea conştiinţei, a conştientizării eului individual ca eu. Unii adepţi ai teoriei evoluţioniste au spus că aceasta ar putea să fie o simplă mutaţie – legată de factorii de creştere ai fiecărei părţi a creierului – care, în decursul evoluţiei, a devenit o asimetrie semnificativă.

Asimetria creierului este, la rândul ei, baza limbajului,[699] ce reprezintă expresia sau prelucrarea în emisfera stângă a conceptelor şi percepţiilor din emisfera dreptă. Ideea că limbajul este localizat în ambele emisfere pare să fie confirmată de dovezile victimelor atacului cerebral. Pacienţii care au avut atac limitat la emisfera stângă pot să înţeleagă concepte şi să perceapă obiecte, dar nu pot numi nimic şi n-au acces la limbaj sau la memoria lingvistică. Nu este pur şi simplu o chestiune verbală. Persoanele surde care au suferit un atac în emisfera stângă[700] sunt în stare să utilizeze gestul şi gesticulaţia registrului afectiv (aşa cum fac toţi oamenii şi primatele), dar nu pot folosi limbajul semnelor şi nici nu înţeleg, în toată complexitatea ei, gramatica[701] pe care o utilizăm cu toţii pentru a pune în ordine cuvinte în propoziţii şi propoziţii în fraze. Pe de altă parte, pacienţii cu atac în emisfera dreaptă[702] îşi păstrează competenţele intelectuale, dar au pierderi la nivelul noţiunilor abstracte şi al sentimentelor pe care acele competenţe le pot exprima în mod obişnuit. Ei nu pot să prelucreze abstracţii complexe, iar capacităţile afective le sunt compromise grav.

Care sunt structurile anatomice care ne predispun la tulburări de dispoziţie? Crow a propus teoria că tulburările schizofrenice şi afective ar putea să fie preţul pe care-l plătim pentru creierul asimetric – aceeaşi dezvoltare neurologică căreia îi atribuie calitatea subtilităţii, cogniţia şi limbajul.[703] Apoi, propune teoria că toate bolile mintale sunt consecinţa perturbării interacţiunii normale dintre cele două emisfere cerebrale. „Poate să fie prea multă sau prea puţină comunicare între ele; dacă ceea ce fac emisferele nu este coordonat, rezultatul va fi o boală mintală“, explică el. Crow sugerează că asimetria oferă „o mai mare flexibilitate a interacţiunii“, „o mai mare capacitate de învăţare“ şi „o capacitate din ce în ce mai mare de comunicare cu membrii aceleiaşi specii“. Aceste evoluţii încetinesc însă maturizarea creierului, proces care durează mai mult la oameni decât la alte specii. Oamenii par să-şi păstreze o mai mare plasticitate a creierului la maturitate decât majoritatea celorlalte specii – nu-i uşor să-l înveţi pe un câine bătrân să facă trucuri noi, dar oameni bătrâni pot să înveţe sisteme complet noi de activitate motorie, adaptându-se la infirmităţile dinspre sfârşitul vieţii.

Flexibilitatea noastră ne îngăduie să avem acces la noi idei şi la noi cunoştinţe. Mai înseamnă însă şi că ne putem schimba prea mult. Pentru Crow, aceeaşi elasticitate ne aduce în situaţia să suferim schimbări dincolo de plaja normală a personalităţii, până la nivel de psihoză. Schimbările pot fi declanşate de evenimente externe. Ceea ce ar fi selectat evoluţia în acest model nu sunt expresiile particulare ale plasticităţii, ci plasticitatea însăşi.

Studierea asimetriei cerebrale este un subiect foarte la modă în acest moment, şi cea mai impresionantă cercetare din SUA este făcută de specialistul în neuroştiinţă Richard J. Davidson de la Universitatea din Wisconsin, aflată în Madison. Lucrările lui Davidson au fost posibile datorită echipamentului din ce în ce mai performant de scanare a creierului. Savanţii pot, în prezent, să vadă în creier tot soiul de lucruri pe care nu le-ar fi putut vedea acum cinci ani, şi pare probabil ca peste cinci ani să fie în stare să vadă mult mai multe. Folosind o combinaţie de tomografie cu emisie de pozitroni (*positron-emission tomography* – PET) şi imagistică prin rezonanţă magnetică (*magnetic resonance imaging* – MRI), specialiştii în imagistică cerebrală pot să obţină, la fiecare două secunde şi jumătate, o fotografie tridimensională a întregului creier, informaţiile spaţiale având marjă de precizie de până la circa trei milimetri şi jumătate. Imagistica prin rezonanţă magnetică are o mai bună rezoluţie temporală şi spaţială; tomografia cu emisie de pozitroni e mai bună la cartografierea reacţiilor neurochimice din

creier.

Davidson a început prin cartografierea activităţii neurale şi chimice din creier ca reacţie la un stimul „normal“ – care zone anume fac ce anume atunci când un subiect vede o fotografie erotică sau aude un zgomot înspăimântător. „Vrem să cercetăm parametrii reactivităţii emoţionale“, spune el. După ce am aflat unde anume în creier se produce reacţia la un anumit tip de imagine, putem măsura câtă vreme rămâne creierul activat, şi s-a dovedit că aceasta variază de la o persoană la alta. La unii oameni cărora li s-a arătat o fotografie oribilă, un flux neurochimic apare şi dispare rapid; la alţii, apare acelaşi flux, dar durează mult până să dispară. Acest aspect e consecvent la orice pacient: la unii dintre noi, creierul reacţionează fulgerător în această privinţă, iar la alţii reacţionează lent. Davidson crede că oamenii cu timp lent de revenire sunt mult mai vulnerabili la bolile mintale decât cei cu revenire rapidă. Grupul condus de Davidson la Universitatea din Wisconsin a arătat modificări detectabile ale vitezei de revenire a creierelor individuale după şase săptămâni de tratament cu antidepresive.

Aceste modificări par să aibă loc în cortexul prefrontal şi nu sunt simetrice – când cineva îşi revine dintr-o depresie, viteza de activare şi dezactivare creşte în partea stângă a cortexului prefrontal.[704] Se ştie că antidepresivele modifică nivelurile neurotransmiţătorilor. S-ar putea ca neurotransmiţătorii să controleze fluxul sangvin în diferite zone ale creierului. Oricare ar fi mecanismele, explică Davidson, „asimetriile de activare“ – diferenţele dintre activitatea din emisfera stângă şi din cea dreaptă – „din cortexul prefrontal sunt legate de dispoziţie, starea de spirit şi simptomele de anxietate şi depresie. La oamenii cu o activare mai intensă a părţii drepte, există o probabilitate mai mare de a avea depresie şi anxietate“. Davidson, asemenea lui Crow, pune şi el, în ultimă instanţă, sub semnul întrebării puritatea categorică a depresiei ca stare sufletească. „Unul dintre lucrurile care deosebeşte comportamentul uman de cel al altor specii este faptul că avem o capacitate mai mare de a ne regla emoţiile. De asemenea, avem şi reversul medaliei: o capacitate mai mare de a ni le deregla. După părerea mea, se va dovedi că ambele mecanisme sunt strâns legate de activitatea din cortexul prefrontal.“[705] Cu alte cuvinte, problemele noastre sunt consecinţa forţelor noastre.

Acest gen de cercetare, pe lângă faptul că arată cum s-a putut dezvolta genetica tulburărilor de dispoziţie, are implicaţii practice enorme. Dacă cercetătorii pot să localizeze zona în care se modifică activitatea într-un creier

depresiv, pot să creeze aparatura pentru stimularea sau inhibarea acelei zone. Lucrări recente sugerează că la pacienţii cu depresie apar anomalii ale metabolismului serotoninei în cortexul prefrontal. Stimularea asimetrică a creierului ar putea să rezulte din acest lucru; sau poate că există în unele creiere o asimetrie fizică – de exemplu, a distribuţiei capilarelor şi, de aici, a fluxului sangvin.

Anumite tipare ale activităţii creierului sunt stabilite de la începutul vieţii. Altele se modifică. S-a descoperit acum că celulele cerebrale pot să se reproducă – şi se şi reproduc – la oamenii adulţi.[706] Poate că, atunci când trecem printr-o depresie, sporeşte numărul celulelor în unele zone sau scade în altele. Noile tehnologii s-ar putea să ne permită, în ultimă instanţă, să stimulăm creşterea anumitor zone cerebrale sau vătămarea altora. Unele studii de început arată că stimularea magnetică transcraniană repetitivă (*repeated transcranial magnetic stimulation* – rTMS),[707] care foloseşte mici impulsuri electromagnetice de scurtă durată pentru a creşte activitatea într-un anumit loc, ar putea, când este îndreptată către cortexul prefrontal stâng, să ducă la ameliorarea simptomelor depresiei. Ar fi cu putinţă, prin intervenţie externă sau printr-o măsurare efectuată de noi înşine, să învăţăm să activăm emisfera stângă. Flexibilitatea însăşi poate fi învăţată, mai ales de către tineri.[708] Poate că ar fi posibil să scanăm creierele, să vedem devreme dezactivarea cortexului frontal stâng[709] şi să luăm măsuri preventive – „care, de pildă, ar putea să includă meditaţia“, spune Davidson – pentru a ajuta oamenii să nu mai cadă în prăpastia depresiei.

La unii oameni, mai activat este cortexul prefrontal stâng, iar la alţii mai activat este cortexul prefrontal drept. (Aceasta n-are nimic a face cu chestiunea dominaţiei emisferice – ce determină dacă suntem dreptaci sau stângaci –, aflată în alte zone din creier.) Cei mai mulţi dintre oameni au o activare mai mare în partea stângă.[710] Oamenii cu activare mai mare în partea dreaptă tind să aibă mai multe emoţii negative decât cei cu activare mai mare în partea stângă. De asemenea, activarea părţii drepte prezice uşurinţa cu care poate fi făcut să slăbească sistemul nostru imunitar. Activarea părţii drepte e corelată şi cu niveluri de bază înalte ale cortizolului, hormonul de stres.[711] Deşi tiparele de activare fixate nu se stabilizează înainte de vârsta adultă, sugarii cu activare mai intensă a părţii drepte devin agitaţi când mama iese din încăpere; la sugarii cu activare mai intensă a părţii stângi, există o mai mare probabilitate de a explora încăperea fără să pară tulburaţi. La sugari, echilibrul e însă schimbător. „Probabil“, spune Davidson, „că există mai

multă plasticitate în sistem în primii ani de viaţă, mai multe ocazii pe care le are mediul de a modela aceste circuite.“

Din combinarea acestei gândiri cu unele dintre ideile lui Crow despre limbaj,[712] pot să reiasă idei extrem de interesante. „Unul dintre primele lucruri pe care le vezi când copiii mici încep să articuleze cuvintele e faptul că arată cu degetul“, spune Davidson. „Rostirea este eticheta pentru un obiect. Şi ei arată, aproape invariabil, la început, cu degetul mâinii drepte. Copilul are o trăire pozitivă şi e clar că e interesat de obiect şi se îndreaptă către el. Folosirea iniţială a limbajului este foarte plăcută la majoritatea copiilor. Ideea mea intuitivă, care n-a fost studiată în vreun mod sistematic, este că lateralizarea emisferei stângi pentru limbaj s-ar putea să fie, de fapt, un produs secundar al lateralizării emisferei stângi pentru emoţiile pozitive.“

Această intuiţie este, s-ar părea, baza unei neuroanatomii a catharsisului. Vorbirea este pozitivă; ea rămâne pozitivă. Vorbirea este una dintre cele mai mari plăceri ale vieţii, iar dorinţa de a comunica este extrem de puternică în noi toţi (inclusiv în cei care nu pot produce sunete coerente şi, prin urmare, folosesc limbajul semnelor, gesturile sau scrisul pentru a se exprima). Oamenii care sunt depresivi nu mai au chef să vorbească; cei maniaci vorbesc fără oprire. Peste toate marile divizări culturale, cel mai consecvent mod de îmbunătăţire a stării de spirit este vorbirea. Poate fi dureros să trăieşti evenimente negative, dar a vorbi despre ceea ce te doare aduce alinare. Când sunt întrebat – aşa cum se întâmplă permanent – care e cea mai bună cale de tratare a depresiei, le spun oamenilor să vorbească despre ea, nu să devină isterici pe tema asta, ci pur şi simplu să continue să spună ce simt. Să vorbească despre ea cu cei din familie, dacă-i ascultă. Să vorbească despre ea cu prietenii. Să vorbească despre ea cu un terapeut. S-ar putea ca Davidson şi Crow să fi găsit mecanismele prin care vorbirea ajută: s-ar putea ca anumite feluri de a vorbi să activeze acele zone din emisfera stângă a căror funcţionare insuficientă să fie implicată în bolile mintale. Ideea articulării cuvintelor ca eliberare este cu adevărat fundamentală pentru societatea noastră. Hamlet se plânge că trebuie „să-mi vărs în vorbe focul, ca o târfă“[713] – şi totuşi, ceea ce ne-am dezvoltat, alături de capacitatea noastră de a avea boli mintale, este acea capacitate de a ne vărsa focul (sau, aşa cum s-ar putea să stea lucrurile, cortexul prefrontal stâng) în vorbe.

Cu toate că există tratamente eficiente chiar şi pentru boli pe care încă n-am ajuns să le înţelegem, a şti în ce fel se leagă între ele componentele unei boli ne ajută să discernem factorii care o declanşează în mod nemijlocit şi să

ne ocupăm de ei. Ne ajută să înţelegem o constelaţie de simptome şi să vedem în ce fel un simptom poate să-l influenţeze pe altul. Cele mai multe dintre sistemele de explicare a bolii – biochimic, psihanalitic, comportamental şi socio-cultural – sunt fragmentare, lasă multe lucruri neexplicate şi sugerează că până şi concepţiile combinatorii, care sunt acum la modă, sunt cât se poate de confuze şi nesistematice. De ce anumite senzaţii şi anumite acţiuni se corelează în cazul bolii, dar nu şi în cazul sănătăţii? „Cea mai presantă nevoie a psihiatriei“, scriu McGuire şi Troisi, „este adoptarea teoriei evoluţioniste şi începerea procesului de identificare a celor mai importante date şi de verificare a noilor explicaţii ale afecţiunilor. Încercările de explicare a comportamentului, normal sau nu, fără a cunoaşte profund specia pe care o studiezi duc la interpretări eronate.“[714]

Nu sunt convins că înţelegerea evoluţiei depresiei ar fi deosebit de utilă la tratarea ei. E totuşi esenţial pentru luarea deciziilor legate de tratare. Ştim că amigdalele au o utilitate restrânsă; ştim ce rol au ele în corp; ştim că lupta cu infecţia din amigdale e mai dificilă decât eliminarea lor, iar răul pe care-l face corpului eliminarea lor e minor. Ştim că apendicele poate fi mai uşor scos decât vindecat. Pe de altă parte, ştim că o infecţie a ficatului trebuie tratată, pentru că, dacă-i scoţi cuiva ficatul, omul acela o să moară. Şi că e nevoie de îndepărtarea porţiunilor cu cancer ale pielii, dar coşurile nu provoacă o inflamaţie sistemică. Cunoaştem mecanismele acestor zone diferite ale eului fizic, şi ştim în mare ce fel de intervenţie, şi în ce grad, este potrivită în cazul disfuncţiei.

Este foarte limpede că nu există consens în privinţa tratării depresiei. Depresia ar trebui oare îndepărtată ca o amigdală, tratată ca o boală a ficatului, sau ignorată ca un coş? Contează dacă depresia este uşoară sau majoră? Pentru a răspunde corect la aceste întrebări, trebuie să ştim de ce există, de fapt, depresia. Dacă a avut o funcţie folositoare pentru vânători-culegători, dar este irelevantă pentru viaţa modernă, probabil că trebuie îndepărtată. Dacă depresia este o disfuncţie a creierului, care implică circuite necesare pentru alte funcţii cerebrale cruciale, atunci ea trebuie tratată. Dacă o depresie mai uşoară constituie un mecanism de reglare, atunci trebuie ignorată. Evoluţia poate să ofere un fel de teorie a câmpului unificat, dezvăluind relaţii structurale între celelalte şcoli de gândire folosite la studiul depresiei; aceasta ne va permite să hotărâm dacă, în ce moment şi cum să tratăm afecţiunea.

Note

675. Citatele din Michael McGuire şi Alfonso Troisi sunt din cartea lor Darwinian Psychiatry, pp. 150 şi 157.

676. Citatul din C.S. Sherrington l-am luat din The Integrative Action of the Nervous System, p. 22.

677. Explicaţia lui C.U.M. Smith despre emoţie şi stare se găseşte în articolul său Evolutionary Biology and Psychiatry, în British Journal of Psychiatry 162 (1993), p. 150.

678. Sclipitoarea observaţie a lui Jack Kahn este preluată din John Price, Job's Battle with God, în ASCAP 10, nr. 12 (1997). Găsiţi mai multe informaţii în Jack Kahn, Job's Illness: Loss, grief and Integration: A Psychological Interpretation.

679. Anthony Stevens şi John Price îşi exprimă concepţiile în cartea lor Evolutionary Psychiatry.

680. Despre urangutan ca animal solitar, v. Nancy Collinge, Introduction to Primate Behavior, pp. 102–104.

681. Despre principiul fundamental al masculului alfa: ibid., pp. 143–157.

682. Există un volum mare de literatură pe tema generală a depresiei şi a societăţilor ierarhizate. Leon Sloman et al., Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications, în American Journal of Psychology 48, nr. 3 (1994), reprezintă, probabil, una dintre primele formulări solide ale unei teorii coerente.

683. Concepţiile lui John Birtchnell sunt în cartea sa How Humans Relate.

684. Părerile lui Russell Gardner despre mecanismele de dominare modificate la mamiferele superioare sunt prezentate în mai multe dintre textele publicate de el. Găsiţi cea mai detaliată prezentare a ideilor sale despre legătura dintre depresie şi interacţiunile sociale în John Price et al., The Social Competition Hypothesis of Depression, în British Journal of Psychiatry 164 (1994). Discuţii mai concentrate pe subiect găsiţi în Russell Gardner, Psychiatric Syndromes as Infrastructure for Intra-Specific Communication, în Social Fabrics of the Mind, M.R.A. Chance (coord.), şi Mechanisms in Manic-Depressive Disorder, în Archives of General Psychiatry 39 (1982).

685. Concepţia lui Tom Wehr despre legătura dintre depresie şi somn şi strategia de conservare a energiei apare în articolul său Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms, în Chronobiology International 7 (1990).

686. Concepţia lui Michael McGuire şi Alfonso Troisi despre decalajul genomic se găseşte în cartea lor Darwinian Psychiatry, p. 41.

687. Cartea lui J.H. van den Berg a apărut iniţial cu titlul Metabletica, pe care-l prefer. Ideile exprimate aici sunt dezvoltate pe parcursul întregului text.

688. Despre problemele libertăţii, v. lucrarea clasică a lui Erich Fromm Escape from Freedom. Şi la Ernst Becker, The Denial of Death, apare o discuţie pertinentă despre libertate şi relaţia ei cu depresia, care începe la p. 213.

689. Povestea despre băiatul a cărui familie s-a tot mutat şi care s-a spânzurat apare în George Colt, The Enigma of Suicide, p. 50.

690. Statistica despre numărul de produse care apar la raionul de legume-fructe din supermarket este preluat din Regina Schrambling, Attention Supermarket Shoppers!, în Food and Wine, octombrie 1995, p. 93.

691. Informaţiile despre lucrările lui Paul J. Watson şi Paul Andrews sunt preluate, în principal, din manuscrisul lor nepublicat „An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche". O versiune prescurtată a acestui articol a fost publicată în ASCAP 11, nr. 5 (1998), cu titlul Niche Change Model of Depression.

692. Principiul că starea de descurajare îi împiedică pe oameni să investească în strategii excesiv de dificile este expus în Randolph Nesse, Evolutionary Explanations of Emotions, în Human Nature 1, nr. 3 (1990). Găsiţi ideile sale actuale despre legătura dintre depresie şi evoluţie în Is Depression an Adaptation?, în Archives of General Psychiatry 57, nr. 1 (2000).

693. Povestea cu violonista apare în Erica Goode, Viewing Depression as a Tool for Survival, în New York Times, 1 februarie 2000.

694. Ideea de depresie ca dispozitiv de atragere a altruismului e descrisă în lucrările lui Paul J. Watson şi Paul Andrews. Le-am preluat ideile din manuscrisele nepublicate „An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche“ şi „Unipolar Depression and Human Social Life: An Evolutionary Analysis“.

695. Concepţiile lui Edward Hagen sunt prezentate în articolul său The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study, în ASCAP 11, nr. 4 (1998).

696. Despre legătura dintre depresie şi sensibilitatea interpersonală, v. K. Sakado et al., The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults, în Psychological Medicine 29, nr. 5 (1999). Despre relaţia dintre depresie şi sensibilitatea la anxietate, v. Steven Taylor et al., Anxiety, Sensitivity and Depression: How Are They Related?, în Journal of Abnormal Psychology 105, nr. 3 (1996).

697. Concepţiile lui Paul MacLean despre creierul tripartit apar în cartea sa The Triune Brain in Evolution.

698. Concepţiile lui Timothy Crow sunt exprimate într-o serie mare de lucrări, cele relevante fiind citate în bibliografie. Cea mai directă formulare a principiilor sale lingvistice şi a teoriilor sale despre asimetria creierului apare în articolul său A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis, în British Journal of Psychiatry 167 (1995).

699. Despre limbaj ca funcţie a asimetriei creierului, v. Marian Annett, Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory, şi Michael Collins, The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind.

700. Despre persoanele surde şi atacul cerebral în emisfera stângă, v. Oliver Sacks, Seeing Voices.

701. Despre gramatica profundă, v. Noam Chomsky, Reflection on Language.

702. Despre efectele specifice ale atacului cerebral în emisfera dreaptă, v. Susan Egelko et al., Relationship Among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients, în Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology 10, nr. 5 (1988).

703. Ipoteza lui Timothy Crow că schizofrenia şi tulburările afective sunt preţul plătit pentru un creier biemisferic apare în Is schizophrenia the price that Homo sapiens pays for language?, în Schizophrenia Research 28 (1997).

704. Găsiţi informaţii generale despre legătura dintre asimetriile cortexului prefrontal şi depresie în Carrie Ellen Schaffer et al., Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects, în Biological Psychiatry 18, nr. 7 (1983).

705. Studiile despre anomalii ale fluxului sangvin în cortexul prefrontal al pacienţilor cu depresie sunt: J. Soares şi John Mann, The functional neuroanatomy of mood disorders, în Journal of Psychiatric Research 31 (1997), şi M. George et al., SPECT and PET imaging in mood disorders, în Journal of Clinical Psychiatry 54 (1993).

706. Informaţii despre neurogeneză – reproducerea celulelor cerebrale adulte – găsiţi, de exemplu, în P.S. Eriksson, Neurogenesis in the adult human hippocampus, în Nature Medicine 4 (2998).

707. O discuţie generală valoroasă despre TMS găsiţi în Eric Hollander, TMS, în CNS Spectrums 2, nr. 1 (1997).

708. Informaţii despre flexibilitatea învăţată, un domeniu încă deschis, în care datele solide de-abia încep să se adune, găsiţi în Richard Davidson, Affective style, psychology and resilience: Brain mechanisms and plasticity, în American Psychologist, 2001.

709. Găsiţi informaţii despre activarea şi dezactivarea cortexului stâng în Richard Davidson et al., Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I, în Journal of Personality and Social Psychology 58, nr. 2 (1990). Despre legătura dintre asimetria cerebrală şi sistemul imunitar, v. Duck-Hee Kang et al., Frontal Brain Assymmetry and Immune Function, în Behavioral Neuroscience 105, nr. 6 (1991). Mai multe informaţii despre cercetările lui Richard Davidson pe tema sugarilor şi absenţei mamei găsiţi în Richard Davidson şi Nathan Fox, Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants, în Journal of Abnormal Psychology 98, nr. 2 (1989).

710. În sprijinul afirmaţiei că la majoritatea oamenilor activarea este mai mare în partea stângă, v.

A.J. Tomarken, Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency, în Psychobiology 29 (1992).

711. Ideea că activarea părţii frontale drepte este corelată adesea şi cu niveluri înalte ale cortizolului e studiată în N.H. Kalen et al., Asymmetric frontal brain activity, cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys, în Behavioral Neuroscience 112 (1998).

712. În articolele lui Timothy Crow despre folosirea mâinii, se discută legătura dintre limbaj, aptitudinile manuale şi afecte. V. Location of handedness Gene on the X and Y Chromosomes, în American Journal of Medical Genetics 67 (1996), şi Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Assymmetry (Relative Hand Skill) on the X Chromosome, în American Journal of Medical Genetics 81 (1998).

713. Hamlet, actul 2, scena 2, versul 561 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, Bucureşti, 1971, p. 217 – n.tr.).

714. Faptul că evoluţia va aduce lumină în ceaţa psihiatriei moderne este unul dintre argumentele principale din cartea lui Michael McGuire şi Alfonso Troisi, Darwinian Psychiatry. Rândurile citate sunt la p. 12.

XII
Speranţa

Angel Starkey a dus-o tare greu. Era cea mai mică dintre şapte fraţi, într-o familie în care rareori a fost înţeleasă ori îmbrăţişată; îngrijitorul şcolii a abuzat sexual de ea; la treisprezece ani, a fost violată. „Am fost depresivă de când aveam trei ani“, spune ea. În copilărie, se închidea în dulapul de sub scări şi desena pe perete pietre de mormânt. Când avea şapte ani, tatăl ei a murit de cancer la pancreas. La treizeci şi opt de ani, „uneori încă-l mai aud strigând. Parcă stau culcată în pat sau şed în camera mea şi iar aud, şi-mi ies din minţi de spaimă.“ Când era mică, cea mai bună prietenă a ei a fost o vecină care – după cum s-a dovedit – s-a spânzurat în vreme ce Angel bătea la uşa ei. Angel a stat prin spitale aproape tot timpul de când, cu şaptesprezece ani în urmă, a terminat liceul, cu scurte mutări într-o locuinţă socială. Are tulburare schizo-afectivă, ceea ce înseamnă că, pe lângă o depresie profundă, mai are şi halucinaţii şi aude voci care-i spun să se sinucidă. Panica îi blochează legăturile obişnuite cu lumea. Nimeni nu-şi poate aminti de câte ori a încercat să-şi ia viaţa – dar, de vreme ce a fost internată cea mai mare parte din viaţa ei adultă, a fost salvată iar şi iar, chiar şi când s-a aruncat în faţa unei maşini. Braţele îi sunt pline de cicatrice de la nenumăratele tăieturi; un doctor i-a spus de curând că nu mai are porţiuni cu carne elastică, şi că, dacă se mai taie, rănile nu se vor mai putea vindeca. Pe stomac, are pielea cârpăcită, deoarece şi-a dat foc de multe ori. A încercat să se sugrume (cu saci de plastic, cu un şiret de pantof, cu manşonul tensiometrului) – până ce „capul mi s-a învineţit“, şi are pe gât urmele care o dovedesc. Pleoapele i s-au zbârcit în locurile în care le-a ars cu ţigara. Are părul rar, pentru că şi-l smulge, iar dinţii i-au putrezit parţial, ca efect secundar al medicamentelor pe care le ia – gura veşnic uscată poate duce la gingivită. Pe moment, medicamentele care-i sunt prescrise sunt clozaril, 100 mg, de cinci ori pe zi; clozaril, 25 mg, de cinci ori pe zi; prilosec, 20 mg, o dată pe zi; seroquel, 200 mg, de două ori pe zi; ditropan, 5 mg, de patru ori pe zi; lescol, 20 mg, o dată pe zi; buSpar, 10 mg, de şase ori pe zi; prozac, 20 mg, de patru ori pe zi; neorontin, 300 mg, de trei ori pe zi; topamax, 25 mg, o

dată pe zi; cogentin, 2 mg, de două ori pe zi;

Am cunoscut-o pe Angel la Spitalul Norristown, instituţia de stat pe care am vizitat-o în Pennsylvania. Era pacientă acolo. Am fost uimit de cicatrice, de balonarea produsă de medicamente, de simplul fapt fizic al prezenţei sale. Dar într-un loc în care mulţi ochi păreau de sticlă, ea părea că se implică mai mult. „Are nevoie de foarte multă atenţie“, mi-a spus o asistentă, „dar e şi foarte blândă. Angel e aparte.“ Nu încape îndoială că toţi oamenii sunt aparte, însă Angel are o înduioşătoare particularitate dătătoare de speranţă, lucru extraordinar la cineva cu biografia ei. Dincolo de suferinţa ei şi de consecinţele acesteia, este o persoană plină de căldură, imaginaţie şi generozitate, destul de atrăgătoare ca, până la urmă, să nu-i mai vezi aparenţa brutalizată. Personalitatea lui Angel e umbrită, dar nu distrusă de boala ei.

Angel şi felul ei de a se automutila urmau să mă marcheze. Unealta pe care o preferă ca să se taie este capacul unei cutii de conserve. Odată şi-a sfâşiat braţele atât de rău, că a fost nevoie de patru sute de puncte de sutură. „Să mă tai e singurul lucru care-mi oferă plăcere“, mi-a spus. Când n-a avut la dispoziţie o cutie de conserve, a reuşit să dezdoaie partea inferioară a unui tub de pastă de dinţi, cu care şi-a tăiat fâşii de piele. A făcut acest lucru chiar în perioada în care i se făcea o debridare chirurgicală – i se îndepărta chirurgical ţesutul devitalizat – pentru arsuri autoprovocate. În mica lume a Spitalului de Boli Mintale Norristown, „am tot intrat şi ieşit din clădirea cincizeci, centrul de urgenţe“, mi-a spus. „Trebuie să mă duc acolo dacă mă tai. Înainte, era clădirea şaisprezece, acum e însă cincizeci. Eu locuiesc în clădirea unu, pentru internaţii obişnuiţi. Câteodată, ca să mă destind, mă duc la serile de karaoke din clădirea treizeci şi trei. De data asta, a trebuit să vin la spital, fiindcă aveam în permanenţă atacuri de panică. Iar mintea – ştiţi – nu-mi funcţiona cum trebuie. Era ca şi cum ar fi luat-o la sănătoasa; asta mă speria. Şi trebuia să fug mereu la baie – e de-a dreptul ciudat cum îmi reacţionează tot corpul la un pic de nelinişte! Ne-am dus ieri la mall – şi a fost atât de înspăimântător. Chiar şi magazinele mici. A trebuit să iau o grămadă de ativan, şi nici aşa n-a ţinut. Mă îngrozeşte gândul că-mi pierd minţile. Ieri, am intrat şi am ieşit din magazine foarte repede şi m-am dus de vreo zece ori la baie. Nu puteam înghiţi. Când am plecat de aici într-acolo, mi-era frică să plec; iar când a venit vremea de înapoiere, mi-era frică să mă întorc la spital.“

Durerea fizică i-a fost totdeauna indispensabilă. „Le spun să nu mă coasă şi să uşureze lucrurile“, a spus. „Să le îngreuneze. Mă simt mai bine când e greu. Dacă e să simt durere, mai bine să fie fizică decât emoţională. Pentru

mine, e ca o purificare când sunt atât de secată de puteri că nici nu mai pot răsufla. Prinderea cu capse e mai bună decât cusăturile, pentru că doare mai tare, dar nu doare destul de mult timp. Când mă tai, aş vrea să mor – cine să mai aibă grijă de mine, când sunt toată făcută fâşii, şi arsă, şi toate astea? Vedeţi, nu sunt o făptură bună.“ Angel a fost în regim de supraveghere unu-la-unu – nici măcar la baie nu putea fi singură – timp de trei ani, într-o perioadă deosebit de grea. Erau momente în care trebuia să fie legată de pat. A fost ţinută în saloane încuiate şi şi-a petrecut o vreme într-o plasă – o bucată mare de împletitură, care înfăşoară un pacient violent, imobilizându-l complet. A descris acea trăire ca nespus de înspăimântătoare. A învăţat totul despre medicamentele pe care le ia. Este un pacient bine documentat. „Dacă mă mai gândesc o dată la clozaril“, a spus, „o să încep să vărs, zău aşa.“ De asemenea, a făcut multe serii de electroşocuri.

Angel mi-a spus că, la una dintre internările recente la Norristown, a sunat-o pe mama ei în fiecare zi şi s-a dus să stea cu ea două sfârşituri de săptămână, în fiecare lună. „O iubesc pe mama mai mult ca orice pe lume. Mult mai mult decât mă iubesc pe mine, ştiţi. E greu pentru ea. Uneori, mă gândesc că a avut şapte copii, poate că i-ar fi fost bine cu şase. Nu că aş lăsa-o singură. Am chinuit-o destul. N-are nevoie să mă vadă cum o dau în bară. Îi fac rău cu kilogramele mele, kilogramele şi jena. Depresia mea, depresia ei, depresia surorilor mele, fraţilor mei, ştiţi? Asta n-o să se termine, cred, până ce nu murim cu toţii. Nu-mi doresc decât să pot să am un serviciu şi să-i dau bani. Ei zic că-mi fac prea multe griji pentru mama, dar ştiţi, are şaptezeci şi trei de ani. Mă duc la ea şi fac curăţenie. Mă duc acasă agitată şi curăţ. Curăţ, şi curăţ, şi curăţ, şi o iau razna. Devin fanatică în privinţa asta. Îmi place să spăl. Şi mamei îi place asta.“

Când ne-am întâlnit, era limpede că Angel e încordată, iar problemele de memorie, endemice la ea în urma tratamentului pe termen lung cu electroşocuri (a făcut treizeci de serii) şi a dozelor mari de medicamente, erau deosebit de perturbante. Uita despre ce vorbea pe la jumătatea propoziţiei. Vorbea despre micile răsfăţuri din lumea ei mică. „Nu pricep de ce oamenii sunt aşa de drăguţi cu mine“, a spus. „Eu mă uram cumplit. Uram tot ce făceam. Lui Dumnezeu probabil că-i pasă de mine, pentru că, zău, am fost lovită de două maşini, şi m-am tăiat până mi s-a scurs tot sângele, şi încă mai trăiesc. Sunt pocită. Sunt foarte grasă. Nu pot… uneori, mintea mi-e prea răvăşită ca să pot măcar să gândesc. Spitalul, asta-i viaţa mea, ştiţi? Simptomele n-o să treacă pur şi simplu. Depresia şi sentimentul de

singurătate.“

Fiind foarte conştientă de dificultatea comunicării cu mine, mi-a trimis, după câteva săptămâni, o scrisoare, „ca să fie limpede“. În ea, scria: „Am făcut atâtea lucruri ca să mă omor şi să mă rănesc. Totul devine foarte obositor. Nu cred că mi-a mai rămas creier. Uneori, dacă încep să plâng, mă tem că n-o să mă mai pot opri. Am pierdut fără încetare. Sunt atâţia oameni pe care aş fi vrut să-i ajut, fie şi numai cu o îmbrăţişare. Doar asta – şi mă face fericită. Uneori, scriu poezii. Ele îmi spun mie şi celorlalţi cât de bolnavă am fost. Dar arată că există Speranţă. Cu drag, Angel.“

În anul următor, Angel a plecat de la Norristown, mai întâi într-o unitate de terapie intensivă asistată, şi apoi într-una mai puţin intensivă, din Pottstown, Pennsylvania.[715] După paisprezece luni, nu şi-a mai făcut tăieturi pe braţe. Lista de medicamente pe care le lua părea să izbutească să ţină departe de ea vocile cele îngrozitoare. Înainte de a pleca de la Norristown, mi-a spus: „Ceea ce mă sperie cu adevărat e că n-o să mă mai pot aduna destul, să fac lucruri ca mersul la cumpărături, şi scările, trei etaje. Şi oamenii. Toate astea.“ Dar a suportat tranziţia surprinzător de bine. „În clipa asta“, mi-a spus cam la o lună de la mutare, „mă simt mai bine ca oricând.“ Şi apoi, a mers, încetul cu încetul, tot mai bine, căpătând o încredere la care nu se aşteptase. A continuat să audă o voce care o striga pe nume, dar nu era vocea demonică, chinuitoare, pe care o auzise înainte. „În cea mai mare parte a timpului, nu simt imboldul să mă rănesc. Era ca o contrângere. Iar acum, mă gândesc la asta, dar nu ca înainte. Deloc ca înainte, când, dacă strănuta cineva, eu mă tăiam. Acum, simt că doresc să exist, sper, tot restul vieţii mele!“ mi-a spus.

M-a izbit faptul că Angel, spre deosebire de mulţi pacienţi cu tendinţe suicidare, nu s-a gândit niciodată să ucidă pe altcineva. N-a lovit pe nimeni în toţi anii petrecuţi la spital. Spunea că odată şi-a dat foc, aprinzându-şi pijamaua. Apoi, a cuprins-o panica la gândul că, în vreme ce ea arde, ar putea să dea foc întregii clădiri. „M-am gândit la oamenii cărora le-aş da foc, şi am stins pe dată focul de pe mine.“ A fost implicată în grupul de susţinere a drepturilor pacienţilor din acel spital din cadrul Echipei de Protecţie a Consumatorului de la Norristown. S-a dus, împreună cu medicii ei, oricât o îngrozea lucrul acesta, să vorbească prin şcoli despre viaţa din spital. Când am ajuns să stau de vorbă cu ea în locuinţa supravegheată, am observat că ea era cea care-i învăţa pe ceilalţi cum să facă unele lucruri: le arăta cum să pregătească mâncare (sendvişuri cu unt de arahide şi banane), cu o răbdare aproape nesfârşită. „Trebuie să-mi trăiesc viaţa“, mi-a spus. „La fel de mult

vreau să ajut oamenii. Şi poate, cu timpul, o să simt, o să fac ceva şi pentru mine. Femeia cu care împart camera acum are o inimă tare bună. Când suni aici şi răspunde ea, nu-i aşa că-i o drăguţă? Are o grămadă de probleme; nici măcar nu găteşte, nu face curăţenie. Nu prea face nimic. Dar e agreabilă, nu poţi fi rău cu ea. Am încercat vreo două luni s-o învăţ să cureţe de coajă un afurisit de castravete, dar nu-i în stare.“

Angel scrie poezii şi se străduieşte să dea glas trăirilor sale:

Aş vrea să pot plânge
Asemeni cerului de uşor. Lacrimile nu vin
prea simplu acum. Îmi sunt
încremenite în suflet.

E pustiu şi mi-e frică.
Simţi golul? Bănuiesc
că-i frica mea dinăuntru. Ar trebui
să fiu vitează şi să lupt cu frica
dar e un război care continuă
de prea multă vreme. Ostenit-am.

Copiii cresc şi lacrimile
din ochii mei curg. Să nu văd
creşterea lor e ca şi cum n-aş vedea schimbarea
anotimpurilor, n-aş vedea trandafirii-nflorind
primăvara şi n-aş vedea fulgii care cad
iarna. Câţi ani mai trebuie
să treacă pe lângă mine? Anii nu
se vor opri pentru mine ori pentru ei, şi de ce
ar face-o? Vor continua
să-nmugurească
şi să-nflorească, şi viaţa mea va continua
să stea liniştită ca un eleşteu.

M-am dus s-o văd pe Angel chiar înainte de a se muta, din locuinţa supravegheată, în alta, cu supraveghere mai redusă. Mi-a făcut un cadou – o colivie vopsită într-un albastru viu, cu o însemnare prinsă în partea din spate: „Se plăteşte chirie.“ Ne-am dus să prânzim la un restaurant chinezesc din centrul comercial al oraşului Pottstown. Am vorbit despre *Pippin*, spectacolul pe care l-a văzut singura oară când a fost la New York. Am vorbit despre

faptul că încercase să obţină un serviciu cu program redus, ca ajutor la pregătirea de sendvişuri într-un magazin de delicatese. A fost respinsă şi era abătută; fusese atât de entuziasmată de ideea de a munci – cu toate că se temea de casa de marcat şi de faptul că trebuia – când le dădea clienţilor restul – să aibă a face cu aritmetica. „Nivelul meu la matematică e de clasa a treia“, mi-a mărturisit. „E groaznic. Şi nici nu mă pot concentra prea mult pe ceva, ca un copil de trei ani. Cred că medicamentele îmi fac asta.“ Am vorbit despre cartea ei preferată – *De veghe în lanul de secară*. Am vorbit despre visele pe care le are. „Visez tot timpul oceanul“, a zis. „E ca încăperea asta, şi e un zid. Iar în partea din spate a zidului e un ocean. Şi nu pot niciodată să trec peste plaja de acolo, spre apă. Mă tot trudesc să ajung la apă, şi nu pot intra în ea. Alteori, visez despre dogoare. Soarele începe să mă ardă, şi părul mi-e pârlit. Mi-e frică de dogoarea soarelui. Ştii, chiar şi în viaţa reală încerc să mă duc în locuri în care nu sunt ferestre spre apusul soarelui, când acesta devine roşu. Mă îngrozeşte.“ Am vorbit un pic despre problemele cu memoria ei. „Sunt naşa uneia dintre nepoatele mele“, a spus, „dar nu-mi pot aminti care, şi mi-e prea jenă să întreb.“

După asta, am ţinut, mai mult sau mai puţin, legătura timp de şase luni, şi, când ne-am revăzut, Angel m-a întrebat ce-am mai făcut. I-am spus că am avut o mică recidivă. Nu trecuse mult de la episodul cu umărul dislocat şi a treia cădere psihică. Eram iar la restaurantul chinezesc. Angel îşi plimba pe farfurie frunzele ofilite de varză chinezească. „Ştii“, a zis după un minut, „chiar mi-am făcut griji pentru tine. Vreau să zic că mă gândeam să nu cumva să te fi omorât, chestii de-astea.“

Am încercat s-o liniştesc. „Păi, n-a fost chiar aşa, Angel. A fost îngrozitor, dar probabil că n-a fost prea periculos. Ori, cel puţin, s-a dovedit că nu-i chiar aşa de periculos. Ştii, am luat zyprexa şi am înlocuit nişte chestii, şi lucrurile s-au schimbat destul de repede.“ Am zâmbit şi mi-am desfăcut larg braţele. „Vezi, acum sunt bine.“

Angel a ridicat privirea şi a surâs. „E minunat. Am fost atât de îngrijorată.“ Am mâncat amândoi. Apoi: „Eu n-o să fiu niciodată bine“, a zis cu îndrăzneală. I-am spus că trebuie să facă pe rând câte un pas şi că se descurcă grozav de bine. I-am spus că era de o mie de ori mai bine decât în urmă cu doi ani, când ne-am cunoscut. I-am spus, uite, acum un an nu erai în stare nici să-ţi închipui că o să ieşi şi o să locuieşti într-un loc ca acela în care te duci. „Da“, a zis, şi o clipă a fost – sfielnic – mândră. „Uneori, urăsc din răsputeri medicamentele, dar mă ajută.“

Am mâncat îngheţată şi ne-am dus, în vecinătatea restaurantului, la un magazin unde toate mărfurile costă câte un dolar, iar Angel şi-a cumpărat cafea şi alte câteva lucruri de care avea nevoie. Ne-am urcat în maşină, ca să ne întoarcem la locuinţa ei. „Mă bucur tare mult că ai venit“, mi-a spus. „N-am crezut că o să vii astăzi. Aş vrea să nu te simţi ca şi cum eu te-aş fi târât încoace.“ Am spus că era interesant să văd ce se petrece cu ea şi că şi eu sunt bucuros că am venit. „Ştii“, a spus, „de-aş putea să mă fac destul de bine ca să fac nişte lucruri, mi-ar plăcea să mă duc la unul dintre marile talk-show-uri, poate la *Oprah*.[716] Ăsta ar fi visul meu.“

Am întrebat-o de ce vrea să apară la un talk-show.

„Vreau doar să le transmit oamenilor mesajul meu“, a spus, pe când ne întorceam cu maşina. „Vreau să le spun tuturor: nu te tăia, şi nu te răni, şi nu te urî. Ştii? Chiar e important. Aş vrea să fi ştiut asta mult mai devreme. Vreau să le spun tuturor.“ Am mers o vreme în tăcere. „O să încerci să le spui asta oamenilor când îţi scrii cartea?“ m-a întrebat. Şi a râs, un pic stingherită.

„O să încerc să le spun oamenilor exact ceea ce ai spus“, i-am răspuns.

„Promiţi? E foarte important.“

„Promit.“

Ne-am dus apoi la noua ei locuinţă, cea cu supraveghere redusă, şi ne-am învârtit în jurul ei, şi ne-am uitat pe ferestre, şi am urcat scările de afară, ca să văd priveliştea de pe o terasă amenajată în spatele clădiri. Era atât de diferită de locul un pic părăginit în care locuia ea. Era renovată recent şi arăta a hotel: fiecare apartament, cu două dormitoare, era complet mochetat, avea un televizor mare, un fotoliu şi o canapea, o bucătărie cu tot ce trebuie. „Angel, locul ăsta e grozav“, am zis, iar ea a zis: „Da, e cu adevărat frumos. E mult mai frumos.“

Ne-am întors la locuinţa pe care avea s-o părăsească în scurtă vreme. Am ieşit amândoi din maşină şi am îmbrăţişat-o îndelung pe Angel. I-am urat noroc, iar ea mi-a mulţumit iarăşi pentru că am venit s-o văd şi mi-a spus ce mult înseamnă pentru ea vizita mea. I-am mulţumit pentru colivie. „Doamne, ce frig e“, a zis. M-am întors în maşină şi am privit-o cum păşeşte lent din parcare până la intrarea în casă. Am pornit motorul. „La revedere, Angel“, am zis, iar ea s-a întors spre mine şi mi-a făcut semn cu mâna. „Nu uita, ai promis“, mi-a strigat când plecam.

Părea un film cu final fericit, şi aşa rămâne în mintea mea – dar nici n-au trecut şase luni, şi Angel şi-a tăiat încheieturile şi stomacul, a fost dusă înapoi la spital şi a ajuns în îngrijire psihiatrică intensivă. Când m-am dus s-o văd la

Norristown, avea braţele acoperite cu băşici pline de sânge, care arătau ca nişte vulcani, pentru că-şi turnase pe tăieturi cafea clocotită, ca să-şi aline un puseu de anxietate. În vreme ce vorbeam, se legăna înainte şi înapoi pe scaun. „Pur şi simplu, nu vreau să trăiesc“, repeta. Am stat să scormonesc în minte vreo observaţie folositoare, oricare, din această carte. „N-o să fie mereu aşa“, i-am spus, chiar dacă bănuiesc că, pentru ea, va fi aşa o mare parte din timp. Curajul şi lumina din ochi nu sunt suficiente când ai a face cu depresia.

O femeie schizofrenică ţinea să intervină în discuţia noastră, protestând că omorâse o buburuză, nu o călugăriţă, şi că rudele ei au siluit-o, fiindcă au înţeles greşit şi au crezut că a fost vorba de o călugăriţă adevărată. Voia ca noi să scoatem adevărul la lumină. Un bărbat cu picioare ciudat de mari îmi tot şuşotea la ureche teorii ale conspiraţiei. „Duceţi-vă-*ncolo*“, a strigat, în cele din urmă, Angel la ei. Apoi, s-a cuprins strâns cu braţele, care arătau îngrozitor. „Nu pot suporta asta“, a spus furioasă, şi nefericită, şi vrednică de plâns. „N-o să scap niciodată de-aici. Nu vreau decât să-mi buşesc capul de perete până crapă şi iese de-acolo totul, ştii?“

Înainte să plec, unul dintre îngrijitori mi-a spus: „Sunteţi optimist?“, şi am dat din cap în semn că nu. „Nici eu“, a zis. „Am fost o vreme, pentru că nu se poartă nebuneşte, ca majoritatea lor. M-am înşelat. E destul de bine ancorată în realitate acum, şi e tot foarte bolnavă.“

Angel mi-a spus: „M-au scos o dată din starea cea mai rea, aşa că bănuiesc c-o vor face din nou.“

N-au trecut nici şase luni, şi furtuna trecuse, şi era liberă din nou, înapoi, în apartamentul cel frumos. Era plină de voie bună. În cele din urmă, a găsit de lucru – să împacheteze produse de băcănie – şi era tare mândră. La restaurantul chinezesc, păreau bucuroşi să ne vadă. Am evitat cuvinte ca „mereu“ şi „niciodată“ cât am stat la taclale.

De ce, mă tot întreabă lumea, de ce scrii o carte despre depresie? Le pare de neînţeles să mă implic în acest subiect neplăcut, şi trebuie să spun că, pe când mă apucam de cercetare, mi s-a părut adesea că am făcut o alegere nechibzuită. Am dat o serie de răspunsuri care mi se păreau că sunt la înălţimea situaţiei. Am zis că m-am gândit că am de spus nişte lucruri care n-au fost rostite. Am spus că scrisul e un act de responsabilitate socială, că vreau să-i ajut pe oameni să fie sensibili în faţa depresiei şi să afle cum pot să-i ajute cel mai bine pe cei care suferă de ea. Am recunoscut că mi s-a oferit un avans generos pentru carte şi că am socotit că subiectul poate să stimuleze imaginaţia publicului şi că voiam să fiu celebru şi iubit. De-abia însă după ce

scrisesem cam trei sferturi din carte scopul mi s-a dezvăluit deplin.

Nu prevăzusem vulnerabilitatea acută, copleşitoare a oamenilor depresivi. Nici nu mi-am dat seama în ce feluri complicate interacţionează această vulnerabilitate cu personalitatea. Pe când lucram la carte, o prietenă apropiată s-a logodit cu un bărbat care-şi folosea depresia ca scuză pentru lipsa de autocontrol emoţional care-l făcea turbulent. Era respingător şi rece pe plan sexual; îi cerea ei să-i asigure hrana şi banii şi să-i gestioneze viaţa personală, pentru că lui îi era prea greu să-şi asume responsabilitatea; stătea fără să facă nimic ore întregi, în vreme ce ea îl încuraja cu tandreţe – dar el nu putea să-şi amintească nici un amănunt din viaţa ei ori să vorbească cu ea despre ea. Multă vreme, am îndemnat-o să rabde toate astea, crezând că o să treacă odată cu boala, dar nu mi-am dat seama că nici un tratament de pe pământ nu l-ar putea transforma pe el într-o persoană de caracter. Mai târziu, altă prietenă mi-a povestit că a fost atacată fizic de soţul ei, care a izbit-o cu capul de podea. Se purtase ciudat de câteva săptămâni – reacţiona paranoic la apeluri telefonice obişnuite şi se purta urât cu câinii lor. După atacul lui fizic sălbatic, ea a chemat, îngrozită, poliţia; el a fost internat într-un spital de boli mintale. E adevărat că avea un soi de tulburare schizo-afectivă, dar tot e vinovat. Boala psihică dezvăluie adesea latura urâtă a cuiva. Nu face din acea persoană una cu totul nouă. Uneori, latura urâtă e vrednică de milă, indigentă şi rapace, trăsături regretabile, dar care impresionează; alteori, latura urâtă e brutală şi crudă. Boala aduce la lumină realităţile dureroase pe care cei mai mulţi dintre oameni le învăluie în beznă. Depresia accentuează caracterul. Până la urmă, cred că pe oamenii buni îi face mai buni; pe cei răi îi face mai răi. Poate să ne anihileze simţul proporţiilor şi să ne dea fantezii paranoide şi un fals sentiment de neajutorare; e însă şi o fereastră către adevăr.

Logodnicul primei prietene şi soţul celei de-a doua ocupă un loc minor în această carte. În cadrul cercetării pe care am făcut-o şi în afara ei, am întâlnit mulţi oameni depresivi care mi-au stârnit sentimente negative, sau nici un sentiment – şi, în general, am hotărât să nu scriu despre ei. Am ales să scriu despre oamenii pe care-i admir. Cele mai multe dintre persoanele care apar în această carte sunt puternice, sau inteligente, sau dificile, sau se disting în alt fel. Nu cred că există ceea ce se numeşte „om obişnuit“ sau că, prin relatarea unei realităţi prototipice, putem transmite un adevăr universal. Căutarea fiinţei omeneşti nonindividuale, generice e cusurul cărţilor de psihologie populare. Văzând felurimea flexibilităţii, a forţei şi a imaginaţiei, putem aprecia nu numai oroarea depresiei, ci şi complexitatea vitalităţii omeneşti.

Am stat de vorbă cu un bărbat mai vârstnic, cu depresie majoră, care mi-a spus că „oamenii depresivi n-au poveşti; nu avem nimic de spus“. Fiecare dintre noi are o poveste, iar adevăraţii supravieţuitori au poveşti fascinante. În viaţa reală, starea de spirit trebuie să-şi afle locul în mijlocul harababurii de prăjitoare de pâine, şi bombe atomice, şi lanuri de grâu. Existenţa acestei cărţi este cea a unui mediu mai protejat pentru poveştile unor oameni remarcabili şi ale succeselor lor, poveşti care cred că-i pot ajuta pe alţii aşa cum m-au ajutat pe mine.

Unii oameni suferă de o depresie uşoară, care-i reduce la neputinţă; alţii au depresie majoră, şi totuşi reuşesc să realizeze ceva în viaţă. „Unii oameni pot să funcţioneze în orice condiţii“, spune David McDowell, care face cercetări la Universitatea Columbia, în domeniul abuzului de substanţe toxice. „Asta nu înseamnă că-i doare mai puţin.“ Măsurătorile absolute sunt dificile. „Din păcate“, remarcă Deborah Christie, psiholog pediatric la University College London, „sinucidometru, sau durerometru, sau tristometru nu există. Nu putem măsura în termeni obiectivi cât de bolnav este cineva sau ce simptome are. Nu putem decât să ascultăm ceea ce spun oamenii şi să acceptăm faptul că aşa se simt ei.“ Există o interacţiune între boală şi personalitate; unii oameni pot să tolereze simptome care pe alţii i-ar distruge; alţii nu pot accepta aproape nimic. Unii par să cedeze în faţa depresiei lor; alţii par să se lupte cu ea. Dat fiind că depresia e foarte demotivantă, e nevoie de impulsul de supravieţuitor ca să mergem mai departe prin ea şi să nu capitulăm. Simţul umorului este cel mai bun indicator că o să ne revenim; e adesea cel mai bun indicator că oamenii ne vor iubi. Dacă ni-l păstrăm, avem speranţă.

Poate fi, desigur, greu să ne păstrăm simţul umorului de-a lungul unei experienţe sufleteşti deloc amuzante. Dar este necesar s-o facem. Cel mai important lucru pe care trebuie să-l avem în minte în timpul unei depresii este acesta: timpul n-o să-l căpătăm înapoi. El nu e însăilat la sfârşitul vieţii noastre, ca să compenseze anii dezastrului. Oricât timp ar înghiţi depresia, el dispare pe vecie. Minutele care trec cât trăim boala sunt minute pe care nu le vom mai avea niciodată. Oricât de rău ne-ar fi, trebuie să facem tot ce ne stă în puteri ca să trăim mai departe, chiar dacă tot ce putem face pe moment e să respirăm. Trebuie să aşteptăm să treacă şi să umplem cât mai bine timpul de aşteptare. Acesta e sfatul meu important pentru oamenii depresivi. Rămâneţi conectaţi la timpul dumneavoastră; nu vă doriţi să vă treacă viaţa. Până şi minutele în care simţiţi că o să explodaţi sunt minute din viaţa voastră, şi n-o să le mai trăiţi niciodată.

Credem în chimia depresiei cu un fanatism năucitor. Încercând să separăm depresia de persoana depresivă, ne năpustim cu capul înainte în străvechea dispută pe tema limitei dintre esenţial şi inventat. Încercând să detaşăm depresia de persoană şi tratamentul de persoană, reducem persoana la nimic. „Viaţa omului“, scrie Thomas Nagel în *The Possibility of Altruism*, „nu înseamnă, în primul rând, acceptarea pasivă a stimulilor, plăcuţi sau neplăcuţi, satisfăcători sau nesatisfăcători; înseamnă, într-o proporţie semnificativă, activităţi şi căutări. Omul trebuie să-şi trăiască viaţa; nimeni altcineva nu e în măsură s-o trăiască în locul lui, şi nici el nu este în măsură s-o trăiască pe a altora.“[717] Ce e firesc ori autentic? Am face mai bine să căutăm piatra filozofală ori izvorul tinereţii fără bătrâneţe decât să stăm să urmărim adevărata chimie a afectelor, a moralităţii, a durerii, a credinţei şi a virtuţii.

Aceasta nu e o problemă nouă. În una dintre ultimele piese ale lui Shakespeare, *Poveste de iarnă*, Perdita şi Polixenes discută într-o grădină despre hotarele dintre real şi artificial – autentic şi creat. Perdita pune sub semnul întrebării altoirea plantelor drept „măiestrie / Lucrând cu firea, marea creatoare“. Polixenes răspunde:

Ei şi? Nu poţi să schimbi lucrarea firii
Decât c-un mijloc plăsmuit de ea.
Când arta i se-adaugă, e-o artă
A înseşi firii. Vezi […]
E arta care schimbă cursul firii,
Dar ea tot fire este.[718]

Mă bucur grozav că am înţeles modalităţile prin care să impunem naturii propria creativitate: că ne-am gândit să ne gătim hrana şi să combinăm ingrediente de pe cinci continente pe o singură farfurie, că am obţinut rasele moderne de câini şi de cai; că am extras metalul din minereul său; că am încrucişat fructe sălbatice ca să creăm piersicile şi merele pe care le cunoaştem astăzi. Mă bucur şi că ne-am gândit cum să facem încălzire centrală şi ţevi pentru aducerea apei în case, cum să construim clădiri uriaşe, nave, avioane. Sunt fascinat de mijloacele de comunicare rapidă; mă bazez stingheritor de mult pe telefon, fax şi poşta electronică. Mă bucur că am inventat tehnologii ca să ne ferim dinţii de degradare, ca să ne păzim corpul de unele boli, pentru ca o parte atât de mare a populaţiei noastre să se poată bucura de bătrâneţe. Nu neg că această creativitate a avut şi consecinţe negative, până la – şi inclusiv – poluare şi încălzirea globală; suprapopulare;

război şi arme de distrugere în masă. În schimb însă, creativitatea ne-a dus înainte şi, întrucât ne-am adaptat la fiecare nouă descoperire, ele au ajuns să pară de-a dreptul banale. Am uitat că trandafirii cu multe petale, care ne plac atât de mult, au fost cândva o provocare umilitoare la adresa naturii, care nu produsese o astfel de floare în pădurile lumii înainte să intervină horticultorii. Ce a fost – natura, ori creativitatea? – când castorul a construit primul baraj, ori când maimuţele cu degete opozabile au curăţat de coajă bananele? Oare faptul că Dumnezeu a creat struguri care fermentează şi dau o băutură alcoolică face ca beţia să fie o stare oarecum naturală? Nu mai suntem noi înşine când suntem în stare de ebrietate? Când ne e foame ori mâncăm prea mult? Şi atunci, cine suntem?

Dacă altoirea e paradigma asaltării naturii în veacul al XVII-lea, antidepresivele şi manipularea genetică – devenită din ce în ce mai posibilă – sunt paradigma asaltării naturii în secolul al XX-lea. Aceleaşi principii formulate acum patru sute de ani se aplică tehnologiilor noastre mai noi, ce par să revizuiască, în acelaşi fel, ordinea firească a lucrurilor. Dacă omenirea este a naturii, atunci tot ale ei sunt şi invenţiile noastre. Oricare ar fi forţa vitală iniţială care a făcut primele amibe, a făcut şi un creier omenesc ce ar putea fi afectat de produse chimice, şi a făcut fiinţe omeneşti care ar putea finalmente să înţeleagă ce substanţe chimice să sintetizeze şi cu ce efect. Când corectăm natura, sau o schimbăm, o facem cu tehnici aflate la dispoziţia noastră graţie asociaţiei noastre speciale de idei inspirate din lumea naturală. Cine este adevăratul eu? Adevăratul eu este o persoană care trăieşte într-o lume în care sunt posibile tot felul de manipulări, şi care a acceptat unele dintre aceste manipulări. Iată cine sunt eu. Eu cel suferind nu este un eu personal mai mult sau mai puţin autentic; eu cel care fac terapie nu este un eu personal mai mult sau mai puţin autentic.

A fi bun înseamnă o străduinţă permanentă. Poate că logodnicul prietenei mele n-a avut de ales şi a trebuit să se poarte ca un ticălos; poate că avea turpitudinea programată în creier. Poate că soţul celeilalte prietene s-a născut nemilos. Nu cred că e chiar aşa de simplu. Cred că noi toţi avem de la natură un lucru numit voinţă; resping ideea de predestinare chimică şi resping ambiguitatea morală pe care o creează. Există un consens ce include cine suntem, şi felul în care ne străduim să fim buni, şi felul în care se alege praful, şi felul în care ne adunăm iarăşi la loc. În care intră luarea de medicamente şi suportarea electroşocurilor şi îndrăgostirea şi credinţa în divinităţi şi în ştiinţe. Angel Starkey, cu un optimism neclintit, s-a dus să

prezinte în public viaţa de la Norristown. Cu o infinită tandreţe frustrată, a petrecut nenumărate ceasuri, încercând s-o înveţe pe vecina ei de cameră să cureţe de coajă un castravete. Şi-a făcut timp să-şi scrie gândurile pentru mine, ca să poată ajuta la această carte. Face lună casa mamei sale. Depresia îi afectează funcţionarea, dar nu şi caracterul.

Am vrea să demarcăm limpede conturul eului personal. De fapt, nici un eu personal esenţial nu stă, ca un filon de aur, sub haosul trăirii şi al proceselor chimice. Organismul omenesc este o succesiune de euri personale care cedează unul celuilalt sau se aleg între ele. Suntem, fiecare, suma anumitor alegeri şi împrejurări; eul personal există în spaţiul strâmt în care se întâlnesc lumea şi opţiunile noastre. Mă gândesc la tata sau la prietenii care au venit să stea cu mine când am avut cea de-a treia depresie. Ar fi oare cu putinţă să te duci la cabinetul unui doctor, să faci tratament şi să apari gata de o asemenea generozitate şi iubire? Generozitatea şi iubirea necesită o mare cheltuială de energie, efort şi voinţă. Ne închipuim oare că, într-o bună zi, aceste calităţi vor fi disponibile gratuit, că ni se va injecta caracter care să ne schimbe pe fiecare dintre noi, fără efort, într-o mulţime de Gandhi şi Maici Teresa? Au oare oamenii remarcabili dreptul la propria glorie? Sau şi gloria e doar o alcătuire chimică?

Citesc plin de nădejde articolele ştiinţifice de prin ziare. Antidepresivele vor lăsa locul altor poţiuni magice. Nu mai este de neconceput să întocmim harta proceselor chimice cerebrale şi să putem oferi cuiva un tratament care să-l facă să se îndrăgostească până peste cap de cineva hotărât dinainte, în condiţii stabilite. Nu mai e aşa de mult până o să putem alege între a face o cură conversaţională pentru o căsnicie care merge prost şi a ne împrospăta dragostea prin intervenţia unui farmacolog. Cum ar fi dacă am izbuti să scoatem la lumină tainele îmbătrânirii şi tainele tuturor eşecurilor noastre şi am da naştere unei rase de zei în loc de oameni, de fiinţe care trăiesc veşnic, lipsite de răutate, de mânie şi invidie, care acţionează cu râvnă morală şi care practică un devotament plin de dăruire faţă de idealul păcii universale? Poate că toate acestea se vor întâmpla, dar experienţa îmi spune că toată medicina din lume nu poate oferi mai mult decât o cale prin care să ne reinventăm pe noi înşine. Medicina nu ne va reinventa. Nu vom putea scăpa niciodată de opţiunea însăşi. Eul nostru personal rezidă în actul de a opta, în fiecare opţiune, de fiecare zi. Sunt cel care aleg să-mi iau medicamentele de două ori pe zi. Sunt cel care optez să vorbesc cu tata. Sunt cel care optez să-mi sun fratele, şi cel care optez să am un câine, şi cel care optez să mă ridic (sau nu)

din pat când s-a oprit sunetul ceasului deşteptător, şi cel care este, de asemenea, uneori nemilos, uneori egocentrist şi adesea iertător. Există procese chimice în spatele scrierii acestei cărţi, şi poate că, dacă aş putea să stăpânesc aceste procese, le-aş utiliza la scrierea altei cărţi, dar şi aceasta ar fi o opţiune. Mie mi se pare că a gândi este o dovadă mai puţin convingătoare a faptului că exist decât este actul de a opta. Nu în procesele noastre chimice, şi nici în mediul înconjurător nu rezidă natura noastră omenească, ci în voinţa noastră de a lucra cu tehnologiile de care dispunem mulţumită epocii în care trăim, mulţumită caracterului nostru, mediului nostru înconjurător şi vârstei.

Îmi doresc uneori să-mi pot vedea creierul. Mi-ar plăcea să ştiu ce semne au fost gravate în el. Mi-l închipui cenuşiu, umed, complicat. Mi-l imaginez plasat în cap, şi uneori mi-l simt ca fiind eu, care trăiesc viaţa asta, iar acest lucru ciudat vârât în capul meu uneori funcţionează, iar alteori nu. E cât se poate de bizar. Ăsta-s eu. Ăsta-i creierul meu. Asta-i durerea care există în creierul meu. Uită-te aici şi o să poţi vedea locul unde durerea a zgâriat chestia asta, locurile care sunt cu probleme şi tumefiate, locurile incandescente.

Oamenii depresivi au, fără îndoială, o viziune mai corectă a lumii din jurul lor decât cei nedepresivi. Cei care-şi dau seama că lumea nu-i prea place sunt probabil mai aproape de ţintă decât cei care cred că se bucură de iubirea tuturor. Persoana depresivă s-ar putea să judece mai bine decât una sănătoasă. Cercetările au arătat că persoanele depresive şi nedepresive răspund la fel de bine la întrebările abstracte. Când sunt întrebate însă despre cât de stăpâne sunt pe câte un eveniment, în mod invariabil persoanele nedepresive cred că au mai mult control decât au cu adevărat, iar cele depresive oferă o estimare corectă. Într-un studiu făcut pe baza unui joc video, persoanele depresive care au jucat timp de o jumătate de oră ştiau câţi monstruleţi omorâseră; cele nedepresive au apreciat că omorâseră de patru până la şase ori mai mulţi decât o făcuseră în realitate. Freud a observat că melancolicul are „ochi mai buni pentru adevăr decât cei care nu sunt melancolici“.[719] Cunoaşterea pe deplin exactă a lumii şi a eului personal n-a fost o prioritate a evoluţiei; nu e în slujba conservării speciei. O viziune prea optimistă are ca rezultat asumarea de riscuri prosteşti, însă optimismul moderat este un puternic avantaj selectiv. „La om, gândirea şi percepţia normale“, a scris Shelley E. Taylor în recenta ei lucrare *Positive Illusions*, „nu sunt marcate de acurateţe, ci de iluzii pline de autosuficienţă despre eul personal, lume şi viitor. În plus, aceste iluzii par să fie, de fapt, flexibile, sprijinind, nu subminând sănătatea

mintală. […] Oamenii cu depresie uşoară par să aibă o imagine despre sine, lume şi viitor mai corectă decât în cazul celor normali, […] e clar că duc lipsă de iluziile care, la oamenii normali, vin în sprijinul sănătăţii mintale şi amortizează eşecurile.“[720]

Fapt este că existenţialismul e la fel de adevărat ca depresivitatea. Viaţa e fără rost. Nu putem şti de ce suntem aici. Iubirea e totdeauna imperfectă. Singurătatea persoanei fizice nu poate fi niciodată pusă în discuţie. Indiferent ce facem pe acest pământ, vom muri. Este un avantaj selectiv capacitatea de a accepta aceste realităţi, de a întoarce privirea către alte lucruri şi de a merge mai departe – de a trudi, a căuta, a găsi şi a nu ceda. Mă uit la filme cu membri ai grupului etnic tutsi din Rwanda şi cu mulţimile flămânde din Bangladesh: mulţi dintre ei şi-au pierdut întreaga familie şi pe toţi cei cunoscuţi, n-au nici o perspectivă financiară, nu pot găsi de mâncare şi suferă de boli care dau dureri. Sunt oameni pentru care aproape că nu există perspective de viaţă mai bună. Şi totuşi, trăiesc! Ei stau fie sub semnul unei fatale orbiri, care-i face să nu cedeze în lupta pentru existenţă, fie al unei viziuni care mă depăşeşte. Depresivii au văzut lumea prea clar, şi-au pierdut avantajul selectiv al orbirii.

Depresia majoră este un învăţător mult prea aspru: nu trebuie să te duci în Sahara ca să te fereşti de degerături. Cea mai mare parte din durerea psihologică din lume nu e necesară; iar unii oameni cu depresie majoră simt o durere care ar fi mai bine să fie ţinută în frâu. Eu cred totuşi că există un răspuns la întrebarea dacă dorim controlul total asupra stărilor noastre afective, un analgezic emoţional perfect, care să facă tristeţea la fel de inutilă ca durerea de cap. A pune capăt motivului de nemulţumire ar însemna autorizarea comportamentului anormal: dacă n-am regreta niciodată consecinţele acţiunilor noastre, ne-am distruge curând unul pe celălalt şi lumea întreagă. Depresia este un rateu al creierului, iar, când cortizolul scapă de sub control, trebuie readus la ordine. Să nu ne lăsăm însă duşi de val. Renunţarea la contradicţia esenţială dintre ceea ce avem chef să facem şi ceea ce facem, eliminarea stărilor sufleteşti sumbre, ce reflectă acel conflict şi problemele lui – sunt totuna cu renunţarea la ceea ce înseamnă să fii om, la ceea ce e bun în fiinţa omenească. Există, probabil, oameni care nu dispun de destule motive de nelinişte şi tristeţe ca să fie apăraţi de necazuri, şi dau impresia că nu le merge bine. Sunt prea voioşi, prea neînfricaţi, şi nu sunt toleranţi. La ce le-ar trebui unor astfel de suflete toleranţa?

Oamenii care au trecut printr-o depresie şi s-au stabilizat au adesea o

sensibilitate mai mare la bucuria existenţei de zi cu zi. Sunt apţi pentru un fel de extaz gata să se declanşeze şi pentru o vie preţuire a tot ceea ce e bun în viaţa lor. Dacă înainte erau oameni cumsecade, se prea poate să fi devenit remarcabil de generoşi. La fel se poate spune şi despre supravieţuitorii unor alte boli, dar nici măcar cineva care a scăpat miraculos de cea mai rea formă de cancer nu are acea bucurie de dincolo de bucurie, cea de a fi în stare să simtă sau să împărtăşească bucuria, care îmbogăţeşte viaţa celor care au trecut printr-o depresie majoră. Ideea e dezvoltată în cartea *Productive and Unproductive Depression* a lui Emmy Gut, în care ea sugerează că deseori lungul interval de timp la care ne sileşte depresia şi reflecţia ce are loc în acest răstimp îi fac pe oameni să-şi schimbe viaţa în direcţii utile, mai cu seamă după pierderea cuiva iubit.[721]

Etalonul nostru, ca fiinţe umane, nu este realitatea. Ce înseamnă crearea unor medicamente şi tehnici care să aline depresia şi care ar putea, în cele din urmă, să influenţeze chiar şi tristeţea? „Putem acum controla, în mare parte a timpului, durerea fizică“, observă specialistul în psihologia evoluţiei Randolph Nesse, „şi cât de mult din durerea fizică pe care o simţim ne este cu adevărat de trebuinţă? Poate cinci procente? Avem nevoie de durerea care ne avertizează de o vătămare, dar avem oare nevoie cu adevărat de durerea persistentă? Întrebaţi pe cineva cu artrită reumatoidă cronică, sau colită, sau migrene! Bun, asta nu-i decât o analogie, dar cât de mult din durerea psihică pe care o simţim ne este cu adevărat de trebuinţă? Peste cinci procente? Ce-ar fi dacă aţi putea lua o pilulă în dimineaţa succesivă zilei în care v-a murit mama şi aţi scăpa de suferinţa îngrozitoare şi neproductivă a jelirii ei?“ Psihiatra franceză Julia Kristeva a găsit depresiei o funcţie psihologică profundă. „Tristeţea care ne copleşeşte, lentoarea care ne paralizează sunt, şi ele, un mijloc de apărare – uneori, cel din urmă – împotriva nebuniei.“[722] Poate că e mai uşor să spui pur şi simplu că ne bizuim pe tristeţile noastre mai mult decât ne dăm seama.

Folosirea antidepresivelor ia amploare, deoarece oamenii încearcă să normalizeze ceea ce, mai nou, e clasat ca aberant, „făcându-i-se reclamă şi tratându-se în mod simplist“, după cum arată Martha Manning, care a scris elocvent despre propria depresie foarte gravă. În 1998, s-au scris peste şaizeci de milioane de reţete pentru inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei – ca să nu mai vorbim despre un număr considerabil de antidepresive de alte tipuri.[723] În prezent, inhibitorii selectivi de recaptare a serotoninei sunt prescrişi pentru dorul de casă, tulburările de alimentaţie, sindromul

premenstrual, animalele de companie care scurmă prea mult, durerile cronice de încheieturi şi, mai mult ca orice, tristeţe uşoară şi suferinţă psihică obişnuită. Sunt prescrise nu numai de psihiatri, ci şi de medicii generalişti, specialişti în obstetrică-ginecologie; unui cunoscut al meu podologul i-a prescris prozac. Când zborul TWA 800 s-a încheiat tragic, familiilor care aşteptau veşti despre cei dragi li s-au distribuit antidepresive cu aceeaşi uşurinţă cu care li s-ar fi dat nişte perne sau pături suplimentare.[724] Nu sunt împotriva folosirii pe scară largă, dar cred că aceasta trebuie făcută în cunoştinţă de cauză, studiat, cu chibzuinţă.

S-a spus că fiecare dintre noi are virtuţile defectelor sale. Oare dacă se elimină defectele dispar şi virtuţile? „De-abia suntem în zorii abundenţei farmacologice“, spune Randolph Nesse. „Noile medicamente care se creează în prezent probabil că vor putea face ca blocarea emoţiilor nedorite să fie rapidă, uşoară, ieftină şi fără riscuri. Ar trebui să ajungem la asta în generaţia viitoare. Şi prezic că vom merge pe calea asta, deoarece, dacă oamenii pot găsi mijloace să se simtă mai bine, de obicei le folosesc. Îmi pot închipui că, în câteva decenii, lumea va fi o ţară de basm farmacologică; îmi pot închipui, la fel de uşor, oamenii atât de nepăsători, încât să-şi neglijeze responsabilităţile personale şi sociale.“ Robert Klintzman, de la Universitatea Columbia, spune: „De la Copernic încoace, nu ne-am mai confruntat cu o transformare atât de spectaculoasă. În secolele viitoare, s-ar putea să existe societăţi care să privească înapoi la noi ca la nişte făpturi pe care emoţiile necontrolate le ţineau în sclavie şi le blocau.“ Dacă va fi aşa, vom avea mult de pierdut; fără îndoială, vom avea şi mult de câştigat.

După ce am fost depresivi, ne pierdem o parte din teama de criză. Am un milion de defecte, dar sunt mai bun decât înainte de a trece prin toate astea. A trebuit să fiu depresiv înainte să doresc să scriu această carte. Unii prieteni au încercat să mă convingă să nu intru în relaţii cu unele dintre persoanele despre care scriam. Mi-ar plăcea să spun că depresia m-a făcut altruist şi că am ajuns să-i iubesc pe cei săraci şi călcaţi în picioare, dar lucrurile n-au stat chiar aşa. După ce ai trecut prin aşa ceva, nu poţi să vezi cum se desfăşoară viaţa altcuiva fără să fii îngrozit. Mi-e mai uşor, din multe puncte de vedere, să mă scufund în mâhnirea altora decât să văd acea mâhnire şi să mă ţin deoparte. Urăsc sentimentul că nu sunt în stare să creez contact cu ceilalţi. Virtutea nu e neapărat propria răsplată, dar, când iubeşti pe cineva, există în tine o anumită pace care nu există când te distanţezi de cineva. Când văd suferinţa oamenilor depresivi, simt în mine un neastâmpăr. Cred că pot să

ajut. A nu te amesteca e ca şi cum ai vedea pe cineva că varsă vinul bun pe faţa de masă. E mai uşor să întorci sticla cu gura în sus şi să ştergi balta decât să ignori ceea ce se petrece.

Depresia, în faza ei cea mai rea, e cea mai îngrozitoare solitudine, şi de la ea am învăţat valoarea apropierii dintre oameni. Odată, pe când se lupta cu cancerul, mama mi-a spus: „Tot ce fac ceilalţi pentru mine e minunat, dar tot e cumplit de greu să fiu singură în trupul ăsta care s-a întors împotriva mea.“ E cel puţin la fel de greu să fii singur într-o minte care s-a întors împotriva ta. Ce poţi face când vezi pe cineva prins în capcana propriei minţi? Nu poţi scoate o persoană depresivă din suferinţa ei cu ajutorul iubirii (cu toate că uneori poţi distrage atenţia cuiva care e depresiv). Poţi, din când în când, să i te alături cuiva în casa în care locuieşte. Nu-i plăcut să stai fixat în întunericul minţii altei persoane, cu toate că e aproape şi mai rău să-i priveşti din afară declinul mintal. Poţi să te frământi de departe sau poţi să vii aproape, mai aproape, cel mai aproape. Uneori, modalitatea de a fi aproape e să taci, sau chiar să fii rezervat. Nu de tine depinde, din afară, să decizi; depinde de tine să discerni. Depresia e solitară mai presus de orice, dar poate da naştere opusului singurătăţii. Iubesc mai mult şi sunt iubit mai mult din cauza depresiei mele, şi pot spune acelaşi lucru despre mulţi dintre cei pe care i-am întâlnit când pregăteam această carte. Foarte multă lume m-a întrebat ce să facă pentru prieteni şi rude care suferă de depresie, iar răspunsul meu este, de fapt, simplu: să le reducă izolarea. Să facă asta la o cană de ceai, sau în discuţii îndelungate, sau stând în tăcere într-o cameră alăturată, sau în orice fel se potriveşte acelei situaţii – dar s-o facă. Şi s-o facă din toată inima.

Maggie Robbins, care a luptat atât de mult cu boala maniaco-depresivă, spunea: „Eram tare nervoasă şi nu făceam decât să tot îndrug verzi şi uscate. Am început apoi să lucrez ca voluntar la un aşezământ pentru bolnavi de SIDA. După-amiezile, se dădea ceai, iar eu trebuia să ajut la aducerea ceaiului, a prăjiturilor şi sucurilor pentru pacienţi şi să stau de vorbă cu ei, căci mulţi nu aveau pe nimeni care să vină la ei, şi se simţeau singuri. Îmi amintesc că, într-una dintre primele zile, am stat cu câţiva dintre ei şi am încercat să deschid o discuţie, întrebându-i ce au făcut pe 4 iulie. Mi-au spus, dar nu-şi dădeau deloc interesul să continuăm conversaţia. Mi-am zis că nu-i un lucru prea simpatic ori de folos pentru ei. Şi apoi, mi-am dat seama: oamenii ăştia n-au chef de taclale. De fapt, după primele răspunsuri, scurte, n-aveau să mai spună nimic. Dar de plecat, nu voiau să plec. Aşa că, mi-am zis, sunt aici, cu ei, şi o să fiu cu ei. O să fie pur şi simplu o întâmplare că nu sunt

o persoană cu SIDA, şi nu arăt cu adevărat bolnav, şi nu-s pe moarte, dar pot accepta că ei au SIDA şi sunt aşa. Aşa că n-am făcut decât să stau cu ei în acea după-amiază, fără să vorbim. Dragostea pentru cei din jur înseamnă să fii acolo şi să dai tuturor, pur şi simplu, necondiţionat, atenţie. Dacă cineva îşi va alege chiar atunci să sufere, atunci asta va face. Asta e situaţia, şi nu încerci, ca un dezechilibrat, să faci ceva în privinţa asta. Am învăţat cum să fac.“

Supravieţuitorii continuă cu pastilele, aşteptând. Unii fac terapie psihodinamică. Altora li se fac electroşocuri sau intervenţii chirurgicale. Mergem mai departe. Nu putem alege dacă să fim – sau nu – depresivi şi nu putem alege când sau cum să ne simţim mai bine, dar putem alege ce să facem cu depresia, mai ales când ieşim din ea. Unii ies pentru puţin timp şi ştiu că o să se tot întoarcă. Când sunt însă afară, încearcă să-şi folosească experienţa acumulată privitoare la depresie, ca să-şi facă viaţa mai bogată şi mai frumoasă. Pentru alţii, depresia nu-i altceva decât o suferinţă ce cuprinde totul; nu se aleg cu nimic din ea. Oamenii depresivi ar putea face bine să caute mijloace ca această experienţă să-i poată duce, *post-factum*, la abordarea înţeleaptă a lucrurilor. În *Daniel Deronda*, George Eliot descrie momentul revenirii depresiei, acea senzaţie miraculoasă. Mirah fusese gata să se sinucidă şi s-a lăsat salvată de Daniel. Ea spune: „Dar atunci, în ultima clipă – ieri, când îmi doream ca apa să mă cuprindă, şi-mi ziceam că moartea e cea mai bună imagine a îndurării –, atunci bunătatea a venit la mine vie, şi m-am simţit încrezătoare în viaţă.“[725] Bunătatea nu vine vie la cei a căror viaţă e în totalitate ca o mare liniştită.

Când am avut cea de-a treia cădere psihică, minicăderea, eram în ultimele etape ale scrierii acestei cărţi. Întrucât în acea perioadă n-am putut ţine nici o legătură, de nici un fel, am pus pe e-mail un răspuns automat, în care spuneam că, pe moment, nu pot fi contactat, şi un mesaj asemănător pe robotul telefonic. Cunoştinţele care avuseseră depresie au ştiut ce să înţeleagă din aceste mesaje. N-au pierdut nici o clipă. Am avut zeci de apeluri de la oameni care ofereau tot ce le stătea în puteri – şi o făceau cu căldură. „Vin să stau cu tine de îndată ce mă suni“, mi-a scris Laura Anderson, care mi-a trimis o pădure de orhidee, „şi stau oricât trebuie, până te faci bine. Dacă preferi, desigur, eşti bine-venit aici; dacă vrei să te muţi aici pentru un an, sunt la dispoziţia ta. Sper că ştii că o să fiu totdeauna la dispoziţia ta.“ Claudia Weaver mi-a scris, punându-mi întrebări: „E mai bine pentru tine să te sune cineva zilnic? Sau mesajele sunt o povară prea mare? Dacă sunt o

povară, nu trebuie să răspunzi la acesta, dar dacă ai nevoie de orice – nu trebuie decât să mă suni, la orice oră, din zi sau din nopte.“ Angel Starkey m-a sunat de multe ori de la telefonul public din spital, ca să vadă dacă sunt bine. „Nu ştiu ce ţi-ar trebui“, spunea, „dar îmi fac griji pentru tine tot timpul. Te rog să ai grijă de tine. Vino să mă vezi dacă ţi-e foarte rău, indiferent când. Mi-ar plăcea mult să te văd. Dacă ai nevoie de ceva, o să încerc să fac rost. Promite-mi că n-o să-ţi faci rău.“ Frank Rusakoff mi-a trimis o scrisoare remarcabilă şi mi-a amintit de calitatea preţioasă a speranţei. „Îmi doresc să primesc vestea că eşti bine şi ai pornit în altă aventură“, scria, şi a semnat „Prietenul tău, Frank“. Mă simţisem legat în multe feluri de toţi aceşti oameni, dar efuziunile spontane m-au uluit. Tina Sonego a spus că poate să-şi ia concediu medical dacă am nevoie de ea – ori că-mi cumpără un bilet şi mă duce într-un loc în care să mă destind. „Mă pricep şi să gătesc“, mi-a spus. Janet Benshoof a trecut pe la mine cu crizanteme şi versuri optimiste din poeziile preferate, copiate cu scrisul ei citeţ, şi o geantă cu tot ce-i trebuia, ca să poată rămâne să doarmă pe canapea, să nu fiu singur. A fost o capacitate de reacţie uimitoare.

Chiar în cea mai deznădăjduită întrebare a depresivului – „De ce?“ sau „De ce eu?“ – se află germenii examenului de conştiinţă, proces care, de obicei, e rodnic. Emily Dickinson vorbeşte de *that White Sustenance—Despair* „acea Hrană Albă – Disperarea“,[726] iar depresia poate, într-adevăr, să justifice şi să sprijine o existenţă. Viaţa nesupusă interogaţiei nu e validă pentru cel depresiv. Aceasta este, poate, cea mai mare revelaţie pe care am avut-o: nu faptul că depresia e fascinantă, ci că oamenii care o au pot să devină fascinanţi datorită ei. Sper că acest fapt elementar le va oferi hrană tuturor celor care suferă şi le va insufla răbdare şi iubire celor care sunt martorii acelei suferinţe. Asemenea lui Angel, am misiunea de a le aduce tămăduire pentru respectul de sine celor care nu-l au. Sper că din povestirile din această carte vor învăţa, poate, nu numai să spere, ci să se şi iubească un pic pe ei înşişi.

Anumite feluri de adversitate au o mare valoare. Nici unul dintre noi n-ar alege să înveţe în acest fel: necazul e neplăcut. Doresc cu înfocare o viaţă uşoară şi aş face – cum am şi făcut – compromisuri considerabile în căutarea ei. Dar am descoperit că există lucruri de făcut cu acel dat pe care mi l-a sortit viaţa, că există valori ce pot fi găsite acolo, cel puţin când nu eşti în faza cea mai acută.

John Milton[727] vorbea în *Areopagitica* despre neputinţa de a aprecia binele

dacă nu cunoşti răul. „Prin urmare, acea virtute care-i doar un novice în contemplarea răului, şi nu cunoaşte gradul ultim al celor făgăduite de viciu adepţilor săi, şi-l respinge, nu-i decât o virtute deşartă, nu una imaculată; puritatea ei e puritatea murdăriei.“ În felul acesta, maxima cunoaştere a tristeţii devine temelia deplinei aprecieri a bucuriei; ea sporeşte astfel însăşi acea bucurie. După treizeci de ani, un Milton mai înţelept a fost cel care a scris, în *Paradisul pierdut*, despre înţelepciunea pe care au căpătat-o Adam şi Eva după izgonire, când au cunoscut întregul spectru al umanităţii:

[…] *since our eyes*
Opened we find indeed, and find we know
Both good and evil, good lost and evil got,
Bad fruit of knowledge.

Există cunoaştere care, oricât de multe ne-ar învăţa, ar fi mai bine să n-o căpătăm. Depresia nu doar ne învaţă foarte multe despre bucurie, ci anulează bucuria. E fructul stricat al cunoaşterii, cunoaştere pe care aş fi preferat să n-o fi căpătat nicicând. Şi totuşi, după ce am ajuns la cunoaştere, putem încerca să ne mântuim. Adam şi Eva au găsit:

Strength added from above, new hope to spring
Out of despair, joy.

Şi, înarmaţi cu această nouă bucurie omenească, de altă natură, au pornit să-şi trăiască scurtele şi minunatele vieţi:

They looking back, all th’Eastern side beheld
Of Paradise, so late thir happie seat,
[…]
Some natural tears they dropp’d, but wip’d them soon;
The World was all before them, where to choose
Thir place of rest, and Providence thir guide:
They hand in hand with wandring steps and slow,
Through Eden took thir solitary way.

Aşa se-ntinde lumea în faţa noastră, şi cu exact asemenea paşi urmăm o cale solitară, supravieţuitori, cum trebuie să fim, ai unei cunoaşteri împovărătoare, nepreţuite. Mergem înainte cu bărbăţie şi cu prea multă experienţă de viaţă, dar hotărâţi să aflăm ceea ce e frumos. Dostoievski e cel care a spus: „Şi totuşi, frumuseţea va mântui lumea.“[728] Acea clipă de

întoarcere de pe tărâmul credinţei triste este mereu miraculoasă şi poate fi uluitor de frumoasă. Aproape că merită călătoria prin deznădejde. Nici unul dintre noi n-ar fi ales, din traista cu însuşiri a Raiului, depresia, dar, după ce ni s-a dat, aceia dintre noi care am supravieţuit trebuie să găsim în ea ceva. Aşa suntem noi. Heidegger credea că angoasa este obârşia gândirii;[729] Schelling considera că este esenţa libertăţii omului.[730] Julia Kristeva se înclină în faţa ei: „Datorez depresiei mele o luciditate critică, metafizică. […] Eleganţa în tristeţe sau doliu e pecetea umanităţii, care, cu siguranţă, nu e triumfătoare, ci ingenioasă, gata de luptă şi creativă.“[731]

Îmi iau des temperatura mintală. Mi-am schimbat obiceiurile legate de somn. Renunţ mai uşor la lucruri. Sunt mai îngăduitor cu ceilalţi. Sunt mai hotărât să nu irosesc clipele fericite pe care le pot întâlni. Cu eul meu personal s-a petrecut un lucru mai delicat, mai fin; nu acceptă acel gen de atacuri pe care-l accepta înainte, şi puţine sunt ferestrele către adâncul lui, dar există şi coridoare fine, şi delicate, şi translucide ca un embrion. Să-mi pară acum rău pentru depresia mea ar fi ca şi cum mi-ar părea rău de partea mea absolut esenţială. Prea iute şi prea des mă simt ofensat, şi cu prea mare uşurinţă le impun altora vulnerabilităţile mele, dar cred că sunt, de asemenea, mai generos cu alţii decât eram înainte.

„În casă se face harababură“, mi-a spus o femeie care s-a luptat o vreme cu depresia, „şi nu pot să citesc. Când o să revină? Când o să mă prindă iar? Doar copiii mă mai ţin în viaţă. Sunt stabilizată în acest moment, dar nu te părăseşte niciodată. Nu poţi s-o uiţi, indiferent cât de fericit eşti la un moment dat.“

„M-am împăcat cu gândul că o să iau medicamente tot restul vieţii“, spune Martha Manning, brusc animată într-o conversaţie. „Şi sunt recunoscătoare. Sunt recunoscătoare pentru asta. Uneori, mă uit la pastilele alea şi mă minunez, ele sunt tot ce stă între mine şi chin? Când eram mică, îmi amintesc asta, n-am fost nefericită, dar nu mă puteam împiedica să gândesc, va trebui să-mi trăiesc toată viaţa, poate că optzeci de ani, de ceva sau de altceva. Îmi părea aşa o povară. Am vrut de curând să mai fac un copil, dar, după două avorturi, mi-am dat seama că nu pot suporta stresul. Mi-am restrâns viaţa socială. Nu poţi învinge depresia. Înveţi să te descurci cu ea şi faci compromisuri cu ea. Încerci să rămâi la renunţări. Trebuie neapărat să ai atâta hotărâre, să-ţi cheltuieşti atât de mult timp, ca să nu cedezi. Când ajungi atât de aproape să-ţi iei viaţa – dacă o capeţi înapoi ai face mai bine să profiţi de ea, nu?“

Străduindu-ne să profităm de ea, ne agăţăm de ideea depresiei productive, ceva vital. „De-ar fi s-o mai fac, n-aş mai face-o aşa“, a spus Frank Rusakoff la câteva luni după ce a fost tratat prin intervenţia pe creier. Mi-am petrecut după-amiaza împreună cu el, cu părinţii săi şi cu psihiatrul său, şi discutau despre trista realitate: că cingulotomia care i se făcuse nu dădea încă roade şi s-ar fi putut să fie nevoie de a doua operaţie. Totuşi, în felul său blând şi curajos, el plănuia să fie iar pe picioare în şase luni. „Cred însă că am crescut mult şi am câştigat mult datorită acestui lucru. Sunt mult mai aproape de părinţii mei, de fratele meu, de prieteni. Am această experienţă foarte bună cu doctorul meu.“ Seninătatea dobândită cu trudă suna mişcător de sincer. „Există cu adevărat laturi bune ale depresiei; atâta doar că e greu să le vezi când eşti în ea.“ Mai târziu, după ce intervenţia chirurgicală a dat rezultate, a scris: „Am spus că aş face-o altfel dacă ar mai trebui s-o fac. Şi presupun că aş fi făcut-o. Dar acum, când simt că a trecut ce a fost mai rău, sunt recunoscător pentru faptul că am fost acolo unde am fost. Cred cu adevărat că mi-a priit să fiu în spital de treizeci de ori şi să mi se facă operaţie pe creier. Am întâlnit, în acest răstimp, o mulţime de oameni buni.“

„Mi-am pierdut o mare parte din inocenţă când am înţeles că eu şi mintea mea n-o să ne înţelegem bine tot restul vieţii“, spune Kay Jamison, ridicând din umeri. „Nu-ţi pot spune cât de obosită sunt de experienţele care formează caracterul. Dar preţuiesc această partea a mea; cine mă iubeşte, mă iubeşte cu tot cu asta.“

„Soţia mea, cu care sunt însurat doar de câţiva ani, nu m-a văzut niciodată deprimat“, spune Robert Boorstin. „Nu m-a văzut. Şi i-am povestit cum e, şi i-am lăsat pe alţii să-i spună cum e. Am făcut tot ce am putut ca s-o pregătesc, deoarece, fără îndoială, o să am iar depresie. Cândva, în următorii patruzeci de ani, iar o să mă târăsc prin cameră. Şi asta mă sperie rău. Dacă mi-ar spune cineva: «O să-ţi înlătur boala psihică dacă-ţi tai piciorul şi mi-l dai în schimb» – nu ştiu ce-aş face. Şi totuşi, înainte să fiu bolnav, am fost cât se poate de intolerant, incredibil de arogant, fără nici o înţelegere pentru debilitate. Sunt un om mai bun ca urmare a faptului că am trecut prin toate astea.“

„Cea mai importantă temă din lucrările mele e mântuirea“, spune Bill Stein. „Încă nu ştiu ce rol joc eu pe lume. Mă atrag poveştile cu sfinţi şi martiri. Nu cred că aş putea suporta lucrurile prin care au trecut ei. Nu sunt gata să deschid un azil în India, dar depresia m-a pus pe calea cea bună. Mă întâlnesc cu oameni şi ştiu că ei nu au nivelul meu de experienţă. Faptul că

am trecut printr-o boală atât de dezastruoasă mi-a schimbat pentru totdeauna peisajul interior. Am fost mereu atras de credinţă şi bunătate, dar, fără căderea psihică, mi-ar fi lipsit determinarea, scopul moral.“

„Am traversat Iadul ca să găsesc Raiul“, spune Tina Sonego. „Răsplata mea e foarte simplă. Acum, sunt în stare să înţeleg lucruri pe care nu le înţelegeam nicicum înainte; iar lucrurile pe care nu le înţeleg acum le voi înţelege cu timpul, dacă au importanţă. Depresia e cea care m-a făcut cine sunt astăzi. Ceea ce câştigăm e atât de pacific, dar atât de strident.“

„Nevoile noastre sunt cele mai mari bunuri pe care le avem“, spune Maggie Robbins. Dacă prin intermediul nevoilor noastre ajungem să-i cunoaştem pe ceilalţi, să ne deschidem către ceilalţi, atunci nevoia de atenţie poate naşte apropiere între oameni. „Sunt în stare să fiu pur şi simplu acolo, cu oamenii, din cauza nimicurilor de care am avut nevoie de la oameni. Presupun că am învăţat să dau toate lucrurile de care am eu nevoie.“

„Starea de spirit – e alt hotar, asemeni adâncurilor oceanului sau adâncurilor spaţiului cosmic“, spune Claudia Weaver. „Faptul că ai fost într-o stare de deprimare atât de marcată îţi dă curaj; cred că fac faţă pierderilor grele mai bine decât cei mai mulţi oameni pentru că am atâta experienţă legată de stările pe care le atrag după sine. Depresia nu-i un obstacol în drumul meu; e un soi de parte a mea, pe care o port pe acest drum, şi cred că probabil o să mă ajute în diferite momente. În ce fel? Asta n-o ştiu. Şi totuşi, cred în depresia mea, în puterea ei salvatoare. Sunt o femeie foarte puternică, şi aste e, în parte, datorită depresiei.“

Iar Laura Anderson a scris: „Depresia mi-a dat bunătatea şi puterea de a ierta, acolo unde alţi oameni nu ştiu destule ca s-o arate – sunt atrasă de oameni care, printr-o mişcare greşită, ori o ironie inoportună, ori o părere evident absurdă, ar putea să nu le facă altora plăcere. Aseară, am avut o dispută cu cineva pe tema pedepsei cu moartea şi am încercat să explic, fără să mă refer prea mult la mine, că putem să înţelegem acţiunile înspăimântătoare – să înţelegem fatalele legături dintre starea sufletească şi îndeletnicire, şi relaţii, şi tot restul. N-aş vrea ca vreodată depresia să fie o scuză publică sau politică, dar cred că, odată ce ai trecut prin ea, dobândeşti o înţelegere mai amplă şi mai nemijlocită faţă de lipsa temporară a judecăţii, care-i face pe oameni să se poarte atât de urât – poate că înveţi chiar şi să tolerezi răul în lume.“

În ziua fericită în care o să uităm de depresie, o să pierdem foarte mult odată cu ea. Dacă pământul s-ar putea hrăni pe sine şi ne-ar putea hrăni şi pe

noi fără ploaie, şi dacă am pune stăpânire pe vreme şi am declara că trebuie să fie mereu soare, oare n-am duce dorul zilelor cenuşii şi al furtunilor de vară? Aşa cum soarele, când apare în rarele zile de vară englezească, după zece luni de cer mohorât, arată mai strălucitor şi mai limpede decât poate arăta vreodată la tropice, tot aşa şi fericirea proaspătă pare imensă şi învăluitoare şi depăşeşte tot ce mi-am închipuit vreodată. Lucru destul de ciudat – mi-e dragă depresia. Nu mi-e drag s-o trăiesc, dar mi-e dragă ea însăşi. Mi-e drag de cel care sunt după ce ea a trecut. Schopenhauer a spus: „Omul este [mulţumit] în funcţie de cât e de anost şi insensibil“;[732] Tennessee Williams, când i s-a cerut să definească fericirea, a răspuns: „Indiferenţa“.[733] Nu sunt de acord cu ei. De vreme ce am fost în Gulag şi am supravieţuit, ştiu că, dacă ar fi să mă duc iar în Gulag, pot să supravieţuiesc şi acestui lucru; sunt mai încrezător, într-un fel ciudat, decât mi-aş fi închipuit vreodată că aş putea să fiu. Aproape că (dar nu cu totul) aceasta face ca depresia să pară că merită s-o ai. Nu cred că voi mai încerca vreodată să mă omor; şi nici nu cred că aş renunţa cu uşurinţă la viaţă dacă aş fi în război, ori dacă avionul în care sunt s-ar prăbuşi într-un deşert. M-aş lupta pentru viaţă cu dinţii şi cu ghearele. E ca şi cum viaţa mea şi cu mine – după ce ne-am înfruntat, urându-ne, vrând să scăpăm unul de celălalt – ne-am legat acum pe vecie, şi ne ţinem strâns unul de altul.

Opusul depresiei nu e fericirea, ci vitalitatea, iar viaţa mea, acum, când scriu asta, este – chiar şi când e tristă – plină de puterea de a trăi. Poate că iar o să mă trezesc din somn cândva, anul viitor, fără mintea mea; probabil că n-o să stea prin preajmă tot timpul. Totuşi, între timp, am descoperit ceea ce ar trebui să numesc suflet, o parte din mine însumi pe care nu mi-aş fi închipuit-o până într-o zi, acum şapte ani, când Iadul mi-a făcut o vizită neaşteptată. E o descoperire preţioasă. Aproape în fiecare zi simt scurte izbucniri de disperare şi, de fiecare dată, mă întreb dacă nu cumva derapez din nou. Preţ de o clipă care mă paralizează, din când în când, într-o străfulgerare, îmi doresc să mă calce o maşină şi trebuie să-mi încleştez dinţii ca să rămân pe trotuar până se aprinde culoarea verde a semaforului; sau îmi închipui cât de uşor mi-aş putea tăia încheieturile; ori simt cu lăcomie în gură gustul ţevii de metal a pistolului; sau îmi închipui că mă culc şi nu mă mai trezesc. Urăsc aceste stări de spirit, dar ştiu că ele m-au făcut să privesc viaţa mai profund, să găsesc motive de a trăi şi să mă agăţ de ele. Nu reuşesc să mă fac să regret cu desăvârşire calea pe care a pornit viaţa mea. În fiecare zi, aleg – uneori cu greu, iar alteori împotriva raţiunii acelui moment – să fiu viu. Nu e asta oare

o bucurie[734] fără seamăn?

Note

715. Angel s-a mutat de la Norristown, care era o instituţie de îngrijire pe termen lung, sau spital de boli nervoase, la Pottstown Community Residential Rehab (CRR), apoi în locuinţa de pe South Keim Street, definită prin programul intensiv de construcţii de locuinţe sau amenajări de locuinţe în sprijinul bunei desfăşurări a vieţii pentru persoanele cu nevoi speciale, destinată celor care au trecut prin programul CRR.

716. Oprah Gail Winfrey (născută la 29 ianuarie 1954) este mare proprietară de media (cea mai bogată afro-americană a secolului XX), actriţă şi cea mai mare filantroapă de culoare din istoria Statelor Unite ale Americii, cunoscută mai cu seamă datorită multipremiatului său talk-show Oprah Winfrey Show, difuzat la nivel naţional între 1986 şi 2011. Supranumită „Regina multimedia“, e socotită drept una dintre cele mai influente femei din lume. A primit, în 2013, din partea preşedintelui Barack Obama, Medalia Prezidenţială a Libertăţii (Presidential Medal of Freedom) şi un doctorat onorific al Universităţii Harvard (n.ed.).

717. Thomas Nagel, The Possibility of Altruism, pp. 126 şi 128–129.

718. Poveste de iarnă, actul 4, scena 4, versurile 86–96 (cf. trad. rom. de Ion Vinea, în William Shakespeare, Teatru, Editura Univers, Bucureşti, 1971, p. 670 – n.tr.).

719. S. Freud, Mourning and Melancholia („Doliu şi melancolie“), în A General Selection from the Works of Sigmund Freud, John Rickman (coord.), p. 128.

720. Shelley E. Taylor, Positive Illusions, pp. 7 şi 213.

721. Emmy Gut, Productive and Unproductive Depression, capitolul 3.

722. Julia Kristeva, Black Sun, p. 42.

723. Aceste cifre despre prescrierea de inhibitori selectivi de recaptare a serotoninei au fost luate din Joseph Glenmullen, Prozac Backlash, p. 15.

724. Informaţiile despre zborul TWA 800 mi-au fost date de un prieten care şi-a pierdut o rudă în acel accident din iulie 1996.

725. Daniel Deronda, p. 251.

726. Cuvintele lui Emily Dickinson despre disperare sunt din poemul 640, la p. 318 a ediţiei îngrijite de Thomas H. Johnson, The Complete Poems of Emily Dickinson. Primul vers este I cannot live with You, „Nu pot trăi cu Tine“.

727. Citatul din Areopagitica este din Paradise lost, p. 384. Primul citat din Paradise lost este de la p. 226 (cartea IX, versurile 1070–1073), al doilea este de la p. 263 (cartea XI, versurile 137–140), iar al treilea este de la p. 226 (cartea XII, versurile 441–449) (cf. trad. rom. de Aurel Covaci, în John Milton, Paradisul pierdut, Editura Minerva, Bucureşti, 1972. Cartea a IX-a, p. 331: „Da, ochii ni-s deschişi într-adevăr; / Acum cunoaştem binele şi răul: / Pierdut întâiul – dobândit al doilea!“; cartea a XI-a, p. 391: „Puterea / adăugită cu puteri de sus; / simţeau acum ţâşnind nădejde nouă“; cartea a XII-a, pp. 453–454: „Priviră ei în urmă – şi văzură / Cum toată partea dinspre răsărit a Paradisului, odinioară / Lăcaşul lor cel fericit – se-arată / [...] Firesc, vărsară lacrime atunci, / Dar iute le şi şterseră; acum / Le sta în faţă Lumea – să-şi aleagă / Un loc pentru odihnă-n ea, având / Drept călăuză însăşi Providenţa. / Şi mână-n mână ei, cu paşi înceţi, / Nesiguri paşi, trecură prin Eden, / Pe calea lor sihastră apucând“).

728. The Idiot, p. 363 (cf. trad. rom. de Nicolae Gane, în F.M. Dostoievski, Idiotul, vol. al II-lea, Editura Adevărul Holding, Bucureşti, 2009, p. 78.).

729. Găsiţi mai multe lucruri despre Heidegger şi relaţia dintre angoasă şi gândire în monumentala sa capodoperă, Fiinţă şi timp.

730. Cuvintele lui Friedrich Wilhelm Joseph von Schelling sunt din eseul Über das Wesen der menschlichen Freiheit, „Despre esenţa libertăţii omeneşti“, din Sämmtliche Werke, vol. 7. p. 399. Îi mulţumesc lui Andrew Bowie pentru ajutorul dat la interpretarea acestui pasaj. Informaţii suplimentare găsiţi în Andrew Bowie, Schelling and Modern European Philosophy.

731. Julia Kristeva, Black Sun, pp. 4 şi 22.

732. Citatul din Schopenhauer este din eseul său On the Sufferings of the World, din Essays and Aphorisms, p. 45.

733. Remarca dezinvoltă a lui Tennessee Williams este din Five O'Clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948–1982, p. 154. Îi mulţumesc veşnic studioasei Emma Lukic pentru că mi-a găsit acest citat.

734. The Oxford English Dictionary defineşte joy „bucuria" drept a vivid emotion of pleasure arising from a sense of well-being or satisfaction; the feeling or state of being highly pleased or delighted; exultation of spirit; gladness, delight „o emoţie plăcută, intensă, care se naşte dintr-o senzaţie de bine sau de satisfacţie; sentimentul sau starea de a fi foarte mulţumit sau încântat; bucurie spirituală; fericire, încântare", vol. 5, p. 612

Bibliografie

Multe cărţi excelente despre depresie au influenţat această carte. Dintre ele recomand în mod deosebit lucrarea eminentă şi uşor de citit *A Mood Apart* a lui Peter Whybrow, emoţionantele *An Unquiet Mind* şi *Night Falls Fast* ale lui Kay Jamison, ermetica, dar pe alocuri strălucitoarea, *Black Sun* a lui Julia Kristeva, *Born Under Saturn*, scrisă de Rudolph şi Margot Wittkower, şi riguroasa *Melancholia and Depression* a lui Stanley Jackson. Am identificat toate citatele directe din surse publicate. Toate celelalte citate sunt din interviurile efectuate de mine între 1995 şi 2000.

Abraham, H.D. *et al., Order of onset of substance abuse and depression in a sample of depressed outpatients*, în *Comprehensive Psychiatry* 40, nr. 1 (1999), pp. 44–50.

Abraham, Karl, *Selected Papers of Karl Abraham, M.D.*, ed. a VI-a, trad. engl. de Douglas Bryan şi Alix Strachey, The Hogarth Press Ltd., Londra, 1965.

Abrams, Richard, *Electroconvulsive Therapy*, ed. a II-a, Oxford University Press, New York, 1992.

Adams, Peter, *The Soul of Medicine: An Anthology of Illness and Healing*, Penguin Books, Londra, 1999.

Aguirre, J.C. *et al., Plasma Beta-Endorphin Levels in Chronic Alcoholics*, în *Alcohol* 7, nr. 5 (1990), pp. 409–412.

Aigner, T.G. *et al., Choice behavior in rhesus monkeys: Cocaine versus food*, în *Science* 201 (1978), pp. 534–535.

Albert, R., *Sleep deprivation and subsequent sleep phase advance stabilizes the positive effect of sleep deprivation in depressive episodes*, în *Nervenarzt* 69, nr. 1 (1998), pp. 66–69.

Aldridge, David, *Suicide: The Tragedy of Hopelessness*, Jessica Kingsley Publishers, Londra şi Philadelphia, 1998.

Allen, Hannah, *A Narrative of God's Gracious Dealings with That Choice Christian Mrs. Hannah Allen*, în Allan Ingram (ed.), *Voices of Madness*, Sutton Publishing Ltd., Stroud, 1997.

Allen, Nick, *Towards a Computational Theory of Depression*, în *ASCAP* 8,

nr. 7 (1995).
Altshuler, Kenneth *et al.*, *Anorexia Nervosa and Depression: A Dissenting View*, în *American Journal of Psychiatry* 142, nr. 3 (1985), pp. 328–332.
Alvarez, A., *The Savage God: A study of suicide*, Weidenfeld and Nicolson, Londra, 1971.
Ambrose, Stephen E., *Undaunted Courage*, A Touchstone Book, New York, 1996.
Ambrosini, Paul, *A review of pharmacotherapy of major depression in children and adolescents*, în *Psychiatric Services* 51, nr. 5 (2000), pp. 627–633.
American Psychiatric Association, *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, ed. a IV-a, American Psychiatric Association, Washington, D.C., 1994.
Andersen, Grethe, *Treatment of Uncontrolled Crying after Stroke*, în *Drugs & Aging* 6, nr. 2 (1995), pp. 105–111.
Andersen, Grethe *et al.*, *Citalopram for poststroke pathological crying*, în *Lancet* 342 (1993), pp. 837–839.
Andrews, Bernice şi George W. Brown, *Stability and change in low self-esteem: The role of psychosocial factors*, în *Psychological Medicine* 25 (1995), pp. 23–31.
Annett, Marian, *Left, Right, Hand and Brain: The Right Shift Theory*, Lawrence Erlbaum Associates, New Jersey, 1985.
Anthony, James *et al.*, *Comparative epidemiology of dependence on tobacco, alcohol, controlled substances, and inhalants: Basic findings from the National Comorbidity Survey*, în *Experimental and Clinical Psychopharmacology* 2, nr. 3 (1994), pp. 244–268.
Anthony, W.A. *et al.*, *Supported employment for persons with psychiatric disabilities: A historical and conceptual perspective*, în *Psychosocial Rehabilitation Journal* 11, nr. 2 (1982), pp. 5–24.
——, *Predicting the vocational capacity of the chronically mentally ill: Research and implications*, în *American Psychologist* 39 (1984), pp. 537–544.
Aquinas, St. Thomas, *Summa theologiae* I–II, q. 25, a. 4, în *Sancti Thomae de Aquino opera omnia*, vol. 6, Commissio Leonina, Roma, 1882.
——, *Summa Theologica*, 1–II, q. 25, a. 4, în *Complete English Edition in Five Volumes*, vol. 2, trad. realizată de Părinţi ai Provinciei Dominicane Engleze, reeditare, Christian Classics, Westminster, Md., 1981.

Arana, José *et al.*, *Continuous Care Teams in Intensive Outpatient Treatment of Chronic Mentally I11 Patients*, în *Hospital and Community Psychiatry* 42, nr. 5 (1991), pp. 503–507.

Araya, O.S. şi E.J. Ford, *An investigation of the type of photosensitization caused by the ingestion of St. John's Wort (*Hypericum perforatum*) by calves*, în *Journal of Comprehensive Pathology* 91, nr. 1 (1981), pp. 135–141.

Archer, John, *The Nature of Grief*, Routledge, Londra, 1999.

Ardila, Alfredo, *et al. Neuropsychological Deficits in Chronic Cocaine Abusers*, în *International Journal of Neuroscience* 57 (1991), pp. 73–79.

Arieno, Marlene A., *Victorian Lunatics: A Social Epidemiology of Mental Illness in Mid-Nineteenth-Century England*, Susquehanna University Press, Selinsgrove, Pa., 1989.

Aristotle, *Problemata*, în *The Works of Aristotle Translated into English*, vol 7, Clarendon Press, Oxford, 1971.

Arnold, Matthew, *The Poems of Matthew Arnold*, Kenneth Allott (ed.), Longman's, Londra, 1965.

Artaud, Antonin, *Antonin Artaud: Works on Paper*, Margit Rowell (ed.), Museum of Modern Art, New York, 1996.

Åsberg, Marie, *Neurotransmitters and Suicidal Behavior: The Evidence from Cerebrospinal Fluid Studies*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997), pp. 158–181.

Aseltine, R.H. *et al.*, *The co-occurence of depression and substance abuse in late adolescence*, în *Developmental Psychopathology* 10, nr. 3 (1998), pp. 549–570.

Asglrd, U. *et al.*, *Birth Cohort Analysis of Changing Suicide Risk by Sex and Age in Sweden 1952 to 1981*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica 16* (1987), pp. 456–463.

Astbury, Jill, *Crazy for You: The Making of Women's Madness*, Oxford University Press, Oxford, 1996.

Atay, Joanne *et al.*, *Additions and Resident Patients at End of Year, State and County Mental Hospitals, by Age and Diagnosis, by State, United States, 1998*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington D.C., mai 2000.

Axline, Virginia M., *Dibs in Search of Self*, Ballantine Books, New York, 1964.

Babb, Lawrence, *The Elizabethan Malady: A Study of Melancholia in*

English Literature from 1580 to 1642, Michigan State College Press, East Lansing, 1951.

Baca-Garcia, Enrique *et al.*, *The Relationship Between Menstrual Cycle Phases and Suicide Attempts*, în *Psychosomatic Medicine* 62 (2000), pp. 50–60.

Baldessarini, Ross J., *Neuropharmacology of S-Adenosyl-L-Methionine*, în *The American Journal of Medicine* 83, supl. 5A (1987), pp. 95–103.

Ball, H. Irene *et al.*, *Update on the incidence and mortality from melanoma in the United States*, în *Journal of the American Academy of Dermatology* 40 (1999), pp. 35–42.

Ball, J.R. *et al.*, *A controlled trial of imipramine in treatment of depressive states*, în *British Medical Journal* 21 (1959), pp. 1052–1055.

Barbey, J.T. şi S.P. Roose, *SSRI safety in overdose*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 59, supl. 15 (1998), pp. 42–48.

Barinaga, Marcia, *A New Clue to How Alcohol Damages Brains*, în *Science*, 11 februarie 2000, pp. 947–948.

Barker, Juliet, *The Brontës*, St. Martin's Press, New York, 1994.

Barlow, D.H. şi M.G. Craske, *Mastery of Your Anxiety and Panic: Client workbook for anxiety and panic*, Graywind Publications Incorporated/The Psychological Corporation, San Antonio, Tex., 2000.

Barlow, D.H. *et al.*, *Cognitive-behavioral therapy, imipramine, or their combination for panic disorder: A randomized controlled trial*, în *Journal of the American Medical Association* 283 (2000), pp. 2529–2536.

Baron, Richard, *Employment Policy: Financial Support versus Promoting Economic Independence*, în *International Journal of Law and Psychiatry* 23, nr. 3–4 (2000), pp. 375–391.

——, *The Past and Future Career Patterns of People with Serious Mental Illness: A Qualitative Inquiry*, susţinut în cadrul Switzer Fellowship Grant de la National Institute on Disability and Rehabilitation Research, Grant Award H133F980011.

——, „Employment Programs for Persons with Serious Mental Illness: Drawing the Fine Line Between Providing Necessary Financial Support and Promoting Lifetime Economic Dependence" (manuscris).

Barondes, Samuel H., *Mood Genes*, W.H. Freeman and Company, New York, 1998.

Barthelme, Donald, *Sadness*, Farrar, Straus and Giroux, New York, 1972.

Bassuk, Ellen *et al.*, *Prevalence of Mental Health and Substance Use*

Disorders Among Homeless and Low-Income Housed Mothers, în *American Journal of Psychiatry* 155, nr. 11 (1998), pp. 1561–1564.
Bateson, Gregory, *Steps to an Ecology of Mind*, University of Chicago Press, Chicago, 1972.
Batten, Guinn, *The Orphaned Imagination: Melancholy and Commodity Culture in English Romanticism*, Duke University Press, Durham, N.C. şi Londra, 1998.
Baudelaire, Charles, *The Flowers of Evil*, Marthiel Mathews şi Jackson Mathews (ed.), New Directions, New York, 1989.
——, *Les Fleurs du Mal*, Éditions Garnier Frères, Paris, 1961.
Beatty, William *et al.*, *Neuropsychological performance of recently abstinent alcoholics and cocaine abusers*, *Drug and Alcohol Dependence* 37 (1995), pp. 247–253.
Beck, Aaron T., *Depression: Causes and Treatment*, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1967.
Beck, Aaron T. şi Marjorie Weishaar, *Cognitive Therapy*, în *Comprehensive Handbook of Cognitive Theory*, Arthur Freeman, Karen M. Simon, Larry E. Beutler şi Hal Arkowitz (ed.), Plenum Press, New York, 1989.
Becker, Ernst, *The Denial of Death*, Free Press, New York, 1973.
Beckett, Samuel, *The Complete Dramatic Works of Samuel Beckett*, Faber & Faber, Londra, 1986.
——, *Molloy, Malone Dies, The Unnamable*, Alfred A. Knopf, New York, 1997.
Beckham, E. Edward şi William Leber (ed.), *The Handbook of Depression*, ediţia a II-a, Guilford Press, New York, 1995.
Bell, Kate M. *et al.*, *S-Adenosylmethionine Treatment of Depression: A Controlled Clinical Trial*, în *American Journal of Psychiatry* 145, nr. 9 (1988), pp. 1110–1114.
——, *S-adenosylmethionine blood levels in major depression: Changes with drug treatment*, în *Acta Neurologica Scandinavica* 89, supl. 154 (1994), pp. 15–18.
Belsky, Jay, Laurence Steinberg şi Patricia Draper, *Childhood Experience, Interpersonal Development, and Reproductive Strategy: An Evolutionary Theory of*
Socialization, în *Child Development* 62 (1991), pp. 647–670.
Benjamin, Walter, *The Origin of German Tragic Drama*, trad. engl. de John Osborne, Verso, Londra, 1985.

Benshoof, Janet şi Laura Ciolkoski, *Psychological Warfare*, în *Legal Times*, 4 ianuarie 1999.

Berger, M. *et al.*, *Sleep deprivation combined with consecutive sleep phase advance as fast-acting therapy in depression*, în *American Journal of Psychiatry* 154, nr. 6 (1997), pp. 870–872.

Bergmann, Uri, *Speculations on the Neurobiology of EMDR*, în *Traumatology* 4, nr. 1 (1998).

Bernardini, Paolo, „*Melancholia gravis*: Robert Burton's *Anatomy* (1621) and the Links between Suicide and Melancholy" (manuscris).

Berndt, Ernst *et al.*, *Workplace performance effects from chronic depression and its treatment*, în *Journal of Health Economics* 17, nr. 5 (1998), pp. 511–535.

Bernet, C.Z. *et al.*, *Relationship of childhood maltreatment to the onset and course of major depression*, în *Depression and Anxiety* 9, nr. 4 (1999), pp. 169–174.

Bickerton, Derek, *Language and Species*, University of Chicago Press, Chicago, 1990.

Birtchnell, John, *How Humans Relate*, Praeger, Westport, Conn., 1993.

Blair-West, G.W., G.W. Mellsop şi M.L. Eyeson-Annan, *Down-rating lifetime suicide risk in major depression*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica* 95 (1997), pp. 259–263.

Blakeslee, Sandra, *Pulsing Magnets Offer New Method of Mapping Brain*, în *New York Times*, 21 mai 1996.

——, *New Theories of Depression Focus on Brain's Two Sides*, în *New York Times*, 19 ianuarie 1999.

Blazer, Dan G. *et al.*, *The Prevalence and Distribution of Major Depression in a National Community Sample: The National Comorbidity Survey*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 979–986.

Blok, Frans Felix, *Caspar Barlaeus: From the Correspondence of a Melancholic*, trad. engl. de H.S. Lake şi D.A.S. Reid, Van Gorcum, Assen–Amsterdam, 1976.

Bloom, Harold, *Shakespeare: The Invention of the Human*, Riverhead Books, New York, 1998.

Blumenthal, J.A. *et al.*, *Effects of exercise training on older patients with major depression*, în *Archives of Internal Medicine* 159 (1999), pp. 2349–2356.

Bodkin, J. Alexander *et al.*, *Treatment Orientation and Associated*

Characteristics of North American Academic Psychiatrists, în *Journal of Nervous Mental Disorders* 183 (1995), pp. 729–735.
Boerhaave, Hermann, *Boerhaave's Aphorisms: Concerning the Knowledge and Cure of Diseases*, W. Innys and C. Hitch, Londra, 1742.
Boor, M. *et al.*, *Suicide Rates, Handgun Control Laws, and Sociodemographic Variables*, în *Psychological Reports* 66 (1990), pp. 923–930.
Bostwick, J.M. şi S. Pancratz, *Affective disorders and suicide risk: A reexamination*, în *American Journal of Psychiatry* 157 (2000), pp. 1925–1932.
Bottiglieri, T. *et al.*, *S-adenosylmethionine levels in psychiatric and neurological disorders: A review*, în *Acta Neurologica Scandinavica* 89, supl. 154 (1994), pp. 19–26.
Bower, Bruce, *Depressive aftermath for new mothers*, în *Science News*, 25 august 1990.
——, *Depression therapy gets interpersonal*, în *Science News* 140 (1991), pp. 404.
——, *Depression: Rates in women, men ... and stress effects across the sexes*, în *Science News* 147 (1995), pp. 346.
Bowie, Andrew, *Schelling and Modern European Philosophy*, Routledge, Londra, 1993.
Bowlby, John, *Loss: Sadness and Depression*, vol. 3 din *Attachment and Loss*, Hogarth Press, Londra, 1980.
Braun, Wilhelm Alfred, *Types of Weltschmerz in German Poetry*, AMS Press, New York, 1966.
Breggin, Peter R. şi Ginger Ross Breggin, *Talking Back to Prozac*, St. Martin's Paperbacks, New York, 1994.
Brenna, Susan, *This Is Your Child. This Is Your Child on Drugs*, în *New York* 30, nr. 45 (1997), pp. 46–53.
Bressa, G.M., *S-adenosyl-1-methionine (SAMe) as antidepressant: Meta-analysis of clinical studies*, în *Acta Neurologica Scandinavica* 89, supl. 154 (1994), pp. 7–14.
Brink, Susan, *I'll say I'm suicidal*, în *U.S. News & World Report*, 9 ianuarie 1998.
Brody, Jane, *Changing thinking to change emotions*, în *New York Times*, 21 august 1996.
——, *Despite the Despair of Depression, Few Men Seek Treatment*, în *New*

York Times, 30 decembrie 1997.
Brown, George W., *Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes. 1. A Community Survey*, în *British Journal of Psychiatry* 165 (1994), pp. 447–456.
——, *Clinical and Psychosocial Origins of Chronic Depressive Episodes. 2. A Patient Inquiry*, în *British Journal of Psychiatry* 165 (1994), pp. 457–465.
——, *Life Events and Endogenous Depression*, în *Archives of General Psychiatry* 51(1994), pp. 525–534.
——, *Psychosocial factors and depression and anxiety disorders – some possible implications for biological research*, în *Journal of Psychopharmacology* 10, nr. 1 (1996), pp. 23–30.
——, *Genetics of depression: A social science perspective*, în *International Review of Psychiatry* 8 (1996), pp. 387–401.
——, *Loss and Depressive Disorders*, în *Adversity, Stress and Psychopathology*, B.P. Dohrenwend (ed.), American Psychiatric Press, Washington, D. C., 1997.
Brown, George W. *et al.*, *Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity*, în *Psychological Medicine* 23 (1993), pp. 143–54.
——, *Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 2. Comorbidity and adversity*, în *Psychological Medicine* 23 (1993), pp. 155–165.
——, *Loss, humiliation and entrapment among women developing depression: A patient and nonpatient comparison*, în *Psychological Medicine* 25 (1995), pp. 7–21.
——, *Social Factors and Comorbidity of Depressive and Anxiety Disorders*, în *British Journal of Psychiatry* 168, supl. 30 (1996), pp. 50–57.
——, *Single mothers, poverty, and depression*, în *Psychological Medicine* 27 (1997), pp. 21–33.
Brown, Richard, Teodoro Bottiglieri şi Carol Colman, *Stop Depression Now: SAM-e*. G.P. Putnam's Sons, New York, 1999.
Brown, Theodore M., *Descartes, dualism, and psychosomatic medicine*, în *The Anatomy of Madness*, vol. 1, W.E. Bynum, Roy Porter şi Michael Shepherd (ed.), Tavistock Publications, Londra, 1985.
Brown, Thomas M., *Acute St. John's Wort Toxicity*, în *American Journal of Emergency Medicine* 18, nr. 2 (2000), pp. 231–232.

Bruder, G.E. *et al.*, *Outcome of cognitive-behavioral therapy for depression: Relation to hemispheric dominance for verbal processing*, în *Journal of Abnormal Psychology* 106, nr. 1 (1997), pp. 138–144.

Buck, Jeffrey *et al.*, *Behavioral Health Benefits in Employer-Sponsored Health Plans, 1997*, în *Health Affairs* 18, nr. 2 (1999), pp. 67–78.

Bucknill, John Charles şi Daniel H. Tuke, *A Manual of Psychological Medicine*. Blanchard and Lea, Philadelphia, 1858.

Bulgakov, Mihail, *The White Guard*, trad. engl. de Michael Glenny, The Harvill Press, Londra, 1996.

Burns, Barbara *et al.*, *General Medical and Specialty Mental Health Service Use for Major Depression*, în *International Journal of Psychiatry in Medicine* 30, nr. 2 (2000), pp. 127–143.

Burton, Robert, *The Anatomy of Melancholy*, 3 vol., Thomas C. Faulkner, Nicolas K. Kiessling şi Rhonda L. Blair (ed.), Clarendon Press, Oxford, 1997.

Bush, Carol *et al.*, *Operation Outreach: Intensive Case Management for Severely Psychiatrically Disabled Adults*, în *Hospital and Community Psychiatry* 41, nr. 6 (1990), pp. 647–651.

Byrd, Max, *Visits to Bedlam: Madness and Literature in the Eighteenth Century*, University of South Carolina Press, Columbia, 1974.

Byrne, Gayle şi Stephen Suomi, *Social Separation in Infant* Cebus Apella*: Patterns of Behavioral and Cortisol Response*, în *International Journal of Developmental Neuro-science* 17, nr. 3 (1999), pp. 265–274.

Cadoret, Remi *et al.*, *Somatic Complaints. Harbinger of Depression in Primary Care*, *Journal of Affective Disorders* 2 (1980), pp. 61–70.

——, *Depression Spectrum Disease, I: The Role of Gene-Environment Interaction*, în *American Journal of Psychiatry* 153, nr. 7 (1996), pp. 892–899.

Cain, Lillian, *Obtaining Social Welfare Benefits for Persons with Serious Mental Illness*, în *Hospital and Community Psychiatry* 44, nr. 10 (1993), pp. 977–980.

Calabrese, J.R. *et al.*, *Fish Oils and Bipolar Disorder*, în *Archives of General Psychiatry* 56 (1999), pp. 413–414.

Callahan, Roger J. şi Joanne Callahan, *Stop the Nightmares of Trauma: Thought Field Therapy*, Professional Press, New York, 2000.

Camus, Albert, *The Myth of Sisyphus and Other Essays*, trad. engl. de Justin O'Brien, Vintage International, New York, 1991.

Caplan, Paula J., *They Say You're Crazy*, Addison-Wesley, Reading, Mass., 1995.
Carling, Paul J., *Major Mental Illness, Housing, and Supports*, în *American Psychologist*, august 1990, pp. 969–971.
Carlyle, Thomas, *Sartor Resartus*, Odyssey Press, Indianapolis, 1937.
Carney, Michael W.P. *et al.*, *S-Adenosylmethionine and Affective Disorder*, în *American Journal of Medicine* 83, supl. 5A (1987), pp. 104–106.
——, *Switch Mechanism in Affective Illness and Oral S-Adenosylmethionine*, în *British Journal of Psychiatry* 150 (1987), pp. 724–725.
Catalán, José (ed.), *Mental Health and HIV Infection*, UCL Press, Londra, 1999.
Cehov, Anton Pavlovici, *Lady with Lapdogand Other Stories*, trad. engl. de David Magarshack, Penguin Books, Londra, 1964.
——, *The Party and Other Stories*, trad. engl. de Ronald Wilks, Penguin Books, Londra, 1985.
Chagnon, Napoleon A., *Yanomamo: The Last Days of Eden*, Harcourt Brace Jovanovich, San Diego, 1992.
Chaisson-Stewart, G. Maureen (ed.), *Depression in the Elderly: An Interdisciplinary Approach*, John Wiley & Sons, New York, 1985.
Chance, M.R.A. (ed.), *Social Fabrics of the Mind*, Lawrence Erlbaum Associates, Publishers, Londra, 1988.
Charness, Michael, *Brain Lesions in Alcoholics*, în *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, nr. 1 (1993), pp. 2–11.
Chaucer, Geoffrey, *Canterbury Tales Complete*, James J. Donohue (ed.), Iowa, 1979.
Chomsky, Noam, *Reflections on Language*, Pantheon Books, New York, 1975.
Christie, Deborah, „Assessment" (manuscris).
——, „Cognitive-behavioral therapeutic techniques for children with eating disorders" (manuscris).
Christie, Deborah şi Russell Viner, *Eating disorders and self-harm in adolescent diabetes*, în *Journal of Adolescent Health* 27 (2000).
Chua-Eoan, Howard, *How to Spot a Troubled Kid*, în *Time* 153, nr. 21 (1999), pp. 44–49.
Cioran, E.M., *A Short History of Decay*, trad. engl. de Richard Howard, Quartet Encounters, New York, 1990.
——, *Tears and Saints*, trad. engl. de Ilinca Zarifopol-Johnston, University of

Chicago Press, Chicago, 1995.
Clark, R.E. *et al.*, *A cost-effectiveness comparison of supported employment and rehabilitation day treatment*, în *Administration and Policy in Mental Health* 24, nr. 1 (1996), pp. 63–77.
Cochran, S.D. şi V.M. Mays, *Lifetime Prevalence of Suicide Symptoms and Affective Disorders among Men Reporting Same-Sex Sexual Partners: Results from NHANES III*, în *American Journal of Public Health* 90, nr. 4 (2000), pp. 573–578.
——, *Relation between Psychiatric Syndromes and Behaviorally Defined Sexual Orientation in a Sample of the U.S. Population*, în *American Journal of Epidemiology* 151, nr. 5 (2000), pp. 516–523.
Cohen, Carl, *Poverty and the Course of Schizophrenia: Implications for Research and Policy*, în *Hospital and Community Psychiatry* 44, nr. 10 (1993), pp. 951–958.
Coleridge, Samuel Taylor, *The Collected Letters of Samuel Taylor Coleridge*, Earl Leslie Griggs (ed.), vol. 1, scrisoarea 68, Clarendon Press, Oxford, 1956.
Collinge, Nancy C., *Introduction to Primate Behavior*, Kendall/Hunt Publishing Company, Dubuque, Iowa, 1993.
Colt, George Howe, *The Enigma of Suicide*, Summit Books, New York, 1991.
Colton, Michael, *You Need It Like ... A Hole in the Head?*, în *Washington Post*, 31 mai 1998.
Corballis, Michael, *The Lopsided Ape: Evolution of the Generative Mind*, Oxford University Press, New York, 1991.
Costa, E. şi G. Racagni (ed.), *Typical and Atypical Antidepressants: Clinical Practice*, Raven Press, New York, 1982.
Cowper, William, Esq., *Memoir of the Early Life of William Cowper, Esq.*, Philo B. Pratt, Newburgh, N.Y., 1817.
——, *The Poetical Works of William Cowper*, H.S. Milford (ed.), Oxford University Press, Oxford, 1950.
Coyne, James C. (ed.), *Essential Papers on Depression*, New York University Press, New York, 1985.
Craske, M.G. *et al.*, *Mastery of your anxiety and panic: Therapist guide for anxiety, panic, and agoraphobia*, Graywind Publications/The Psychological Corporation, San Antonio, 2000.
Crellin, John K. şi Jane Philpott, *Herbal Medicine Past and Present: A*

Reference Guide to Medicinal Plants, 2 vol., Duke University Press, Durham, N.C., 1990.
Cross, Alan, *Serotonin in Alzheimer-Type Dementia and Other Dementing Illnesses*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 600 (1990), pp. 405–415.
Cross, Alan *et al.*, *Serotonin Receptor Changes in Dementia of the Alzheimer Type*, în *Journal of Neurochemistry* 43 (1984), pp. 1574–1581.
Cross-National Collaborative Group, *The Changing Rate of Major Depression*, în *Journal of the American Medical Association* 268, nr. 21 (1992), pp. 3098–3105.
Crow, T.J., *Sexual selection, Machiavellian intelligence and the origins of psychosis*, în *Lancet* 342 (1993), pp. 594–598.
——, *Childhood precursors of psychosis as clues to its evolutionary origins*, în *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience* 245 (1995), pp. 61–69.
——, *Constraints on Concepts of Pathogenesis*, în *Archives of General Psychiatry* 52
(1995), pp. 1011–1015.
——, *A Darwinian Approach to the Origins of Psychosis*, în *British Journal of Psychiatry* 167 (1995), pp. 12–25.
——, *Location of the Handedness Gene on the X and Y Chromosomes*, în *American Journal of Medical Genetics 61* (1996), pp. 50–52.
——, *Sexual selection as the mechanism of evolution of Machiavellian intelligence:*
A Darwinian theory of the origins of psychosis, în *Journal of Psychopharmacology* 10, nr. 1 (1996), pp. 77–87.
——, *Is schizophrenia the price that* Homo sapiens *pays for language?*, în *Schizophrenia Research* 28 (1997), pp. 127–141.
——, *Schizophrenia as failure of hemispheric dominance for language*, în *Trends in Neuroscience* 20 (1997), pp. 339–343.
——, *Evidence for Linkage to Psychosis and Cerebral Asymmetry (Relative Hand*
Skill) on the X Chromosome, în *American Journal of Medical Genetics* 81 (1998), pp. 420–427.
——, „Nuclear schizophrenic symptoms as a window on the relationship between thought and speech“ (manuscris).
——, „Relative hand skill predicts academic ability“ (manuscris).

Cullen, William, *The First Lines of the Practice of Physic*, 3 vol., Isaiah Thomas, Worcester, Mass., 1790.
——, *Synopsis and Nosology, Being an Arrangement and Definition of Diseases*. Edward Gray, Springfield, Mass., 1793.
Curtis, Tine şi Peter Bjerregaard, *Health Research in Greenland*, DICE, Copenhaga, 1995.
Cutbush, Edward, *An Inaugural Dissertation on Insanity*, Zachariah Poulson Jr., Philadelphia, 1794.
Daedalus, Journal of the American Academy of Arts and Sciences, *The Brain*, Spring 1998.
Dain, Norman, *Concepts of Insanity in the United States, 1789–1865*, Rutgers University Press, New Brunswick, N.J., 1964.
Damasio, Antonio R., *Descartes' Error*, A Grosset/Putnam Book, New York, 1994.
Danquah, Meri Nana-Ama, *Willow Weep for Me*, W.W. Norton, New York, 1998.
Danziger, Sandra *et al.*, *Barriers to the Employment of Welfare Recipients*, University of Michigan, Poverty Research and Training Center, Ann Arbor, 1999.
Darwin, Charles, *The Expression of the Emotions in Man and Animals*, ediţia a III-a, Oxford University Press, Oxford, 1998.
Davidson, Park O. (ed.), *The Behavioral Management of Anxiety, Depression, and Pain*, Brunner/Mazel Publishers, New York, 1976.
Davidson, Richard J., *Affective style, psychopathology and resilience: Brain mechanisms and plasticity*, în *American Psychologist*, vol. 55 (11), noiembrie 2000, pp. 1196 –1214.
Davidson, Richard J. şi Nathan Fox, *Frontal Brain Asymmetry Predicts Infants' Response to Maternal Separation*, în *Journal of Abnormal Psychology* 98, nr. 2 (1989), pp. 127–131.
Davidson, Richard J. *et al.*, *Approach-Withdrawal and Cerebral Asymmetry: Emotional Expression and Brain Physiology I*, în *Journal of Personality and Social Psychology* 58, nr. 2 (1990), pp. 330–341.
Dean, Laura *et al.*, *Lesbian, Bisexual and Transgender Health: Findings and Concerns*, Gay and Lesbian Medical Association (www.glma.org).
de Leo, Diego şi René F.W. Diekstra, *Depression and Suicide in Late Life*, Hogrefe & Huber Publishers, Toronto, 1990.
Delgado, T. *et al.*, *Serotonin function and the mechanism of antidepressant*

action: Reversal of antidepressant by rapid depletion of plasma tryptophan, în *Archives of General Psychiatry* 47 (1990), pp. 411–418.
DePaulo, J. Raymond, Jr. şi Keith Russell Ablow, *How to Cope with Depression*, Fawcett Columbine, New York, 1989.
DeRosis, Helen A. şi Victoria Y. Pellegrino, *The Book of Hope*, Bantam Books, New York, 1977.
DeRubeis, R.J. *et al.*, *Medications versus cognitive behavior therapy for severely depressed outpatients: Mega-analysis of four randomized comparisons*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 7 (1999), pp. 1007–1013.
Devanand, D.P. *et al.*, *Does ECT Alter Brain Structure?*, în *American Journal of Medicine* 151, nr. 7 (1994), pp. 957–970.
De Wester, Jeffrey, *Recognizing and Treating the Patient with Somatic Manifestations of depression*, în *Journal of Family Practice* 43, supl. 6 (1996), pp. 3–15.
Dickens, Charles, *Nicholas Nickleby*, Oxford University Press, New York, 1987.
Dickinson, Emily, *The Complete Poems of Emily Dickinson*, Thomas H. Johnson (ed.), Little, Brown, Boston, 1960.
Diefendorf, A. Ross, *Clinical Psychiatry: A Text-Book for Students and Physicians*, extrase şi adaptate după a şaptea ediţie germană a lucrării lui Emil Kraepelin *Lehrbuch der Psychiatric*, Macmillan, New York, 1912.
Diepold, John H., Jr., *Touch and Breath (TAB)*, lucrare prezentată la Innovative and Integrative Approaches to Psychotherapy: A Conference, 14–15 noiembrie 1998, Edison, N.J.
Donne, John, *Biathanatos*, ediţie cu ortografie modernă, Michael Rudick şi M. Pabst Battin (ed.), Garland Publishing, New York, 1982.
Dorn, Lorah *et al.*, *Biopsychological and cognitive differences in children with premature vs. on-time adrenarche*, în *Archives of Pediatric Adolescent Medicine* 153, nr. 2 (1999), pp. 137–146.
Dostoievski, Fiodor Mihailovici, *The House of the Dead*, trad. engl. de David McDuff, Penguin Classics, New York, 1985.
——, *The Idiot*, trad. engl. de Constance Garnett, Modern Library, New York, 1983.
——, *Notes from Underground*, trad. engl. de Andrew R. MacAndrew, Signet Classic, New York, 1961.
——, *The Possessed*, trad. engl. de Constance Garnett, Heritage Press, New

York, 1959.
Dozier, Rush W., Jr., *Fear Itself*, St. Martin's Press, New York, 1998.
Dunn, Sara, Blake Morrison şi Michele Roberts (ed.), *Mind Readings: Writers' Journeys through Mental States*, Minerva, Londra, 1996.
Dunner, D.L., *An Overview of Paroxetine in the Elderly*, în *Gerontology* 40, supl. 1 (1994), pp. 21–27.
DuRant, Robert *et al.*, *Factors Associated with the Use of Violence among Urban Black Adolescents*, în *American Journal of Public Health* 84 (1994), pp. 612–617.
Dworkin, Ronald, *Life's Dominion*, Alfred A. Knopf, New York, 1993.
Ebert, D. *et al.*, *Eye-blink rates and depression. Is the antidepressant effect of sleep deprivation mediated by the dopamine system?*, în *Neuropsychopharmacology* 15, nr. 4 (1996), pp. 332–339.
The Economist, săptămânal, *Depression: The Spirit of the Age*, 19 decembrie 1998.
——, *The Tyranny of Time*, 18 decembrie 1999.
Edgson, Vicki şi Ian Marber, *The Food Doctor*, Collins & Brown, Londra, 1999.
Edward, J. Guy, *Depression, antidepressants, and accidents*, în *British Medical Journal* 311 (1995), pp. 887–888.
Egelko, Susan *et al.*, *Relationship among CT Scans, Neurological Exam, and Neuropsychological Test Performance in Right-Brain-Damaged Stroke Patients*, în *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology* 10, nr. 5 (1988), pp. 539–564.
Eliot, George, *Daniel Deronda*, Penguin Books, Londra, 1983.
Eliot, T.S., *The Complete Poems and Plays*, Harcourt, Brace & World, New York, 1971.
Ellis, Bruce şi Judy Garber, *Psychosocial antecedents of variation in girls' pubertal timing: Maternal depression, stepfather presence, and marital and family stress*, în *Child Development* 71, nr. 2 (2000), pp. 485–501.
Epicurus, *A Guide to Happiness*, trad. engl. de J.C.A. Gaskin, A Phoenix Paperback, Londra, 1995.
Eriksson, P.S. *et al.*, *Neurogenesis in the adult human hippocampus*, în *Nature Medicine* 4 (1998), pp. 1313–1317.
Esquirol, J.E.D., *Mental Maladies. A Treatise on Insanity*, facsimilul ediţiei din 1845, Hafner Publishing, New York, 1965.
Evans, Dylan, *The Social Competition Hypothesis of Depression*, în *ASCAP*

12, nr. 3 (1999).
Evans, Glen şi Norman L. Farberow, *The Encyclopedia of Suicide*, Facts on File, New York, 1988.
Fassler, David şi Lynne Dumas, *Help Me, I'm Sad: Recognizing, Treating, and Preventing Childhood Depression*, Penguin, New York, 1998.
Faulkner, A.H. şi K. Cranston, *Correlates of Same-Sex Sexual Behavior in a Random Sample of Massachusetts High School Students*, în *American Journal of Public Health* 88, nr. 2 (1998), pp. 262–266.
Fava, Maurizio *et al.*, *Folate, Vitamin B12, and Homocysteine in Major Depressive Disorder*, în *American Journal of Psychiatry* 154, nr. 3 (1997), pp. 426–428.
Feld, Steven, *Sound and Sentiment*, ediţia a II-a, University of Pennsylvania Press, Philadelphia, 1982.
Felman, Shoshana, *What Does a Woman Want? Reading and Sexual Difference*, Johns Hopkins University Press, Baltimore şi Londra, 1993.
Ferber, Jane S. şi Suzanne LeVert, *A Woman Doctor's Guide to Depression*, Hyperion, New York, 1997.
Fergusson, D.M. *et al.*, *Is Sexual Orientation Related to Mental Health Problems and Suicidality in Young People?*, în *Archives of General Psychiatry* 56, nr. 10 (1999), pp. 876–886.
Ferro, Tova *et al.*, *Screening for Depression in Mothers Bringing Their Offspring for Evaluation or Treatment of Depression*, în *American Journal of Psychiatry* 157 (2000), pp. 375–379.
Field, Tiffany, *Maternal Depression: Effects on Infants and Early Interventions*, în *Preventive Medicine* 27 (1998), pp. 200–203.
Field, Tiffany *et al.*, *Effects of Parent Training on Teenage Mothers and Their Infants*, în *Pediatrics* 69, nr. 6 (1982), pp. 703–707.
Fischer, Joannie Schrof, *Taking the shock out of electroshock*, în *U.S. News & World Report*, 24 ianuarie 2000.
Fitzgerald, F. Scott, *The Crack-Up*, Edmund Wilson (ed.), New Directions, New York, 1993.
——, *The Great Gatsby*, Charles Scribner's Sons, New York, 1953.
Flowers, Arthur, *Another Good Loving Blues*, Ballantine Books, New York, 1993.
Flynn, John, *Cocaine*, A Birch Lane Press Book, New York, 1991.
Foucault, Michel, *Madness and Civilization*, trad. engl. de Richard Howard, Vintage Books, New York, 1965.

Frank, Ellen *et al.*, *Nortriptyline and interpersonal psychotherapy as maintenance therapies for recurrent major depression: A randomized controlled trial in patients older than 59 years*, în *Journal of the American Medical Association* 281, nr. 1 (1999), pp. 39–45.

——, *The treatment effectiveness project. A comparison of paroxetine, problem-solving therapy, and placebo in the treatment of minor depression and dysthymia in primary care patients: Background and research plan*, în *General Hospital Psychiatry* 21, nr. 4 (1999), pp. 260–273.

Freeman, Arthur, Karen M. Simon, Larry E. Beutler şi Hal Arkowitz (ed.), *Comprehensive Handbook of Cognitive Theory*, Plenum Press, New York, 1989.

Freud, Sigmund, *A General Selection from the Works of Sigmund Freud*, John Rickman (ed.), Liveright, New York, 1957.

——, *The Standard Edition of the Complete Psychological Works of Sigmund Freud*, 24 vol., trad. engl. şi ed. James Strachey, Anna Freud *et al.*, Hogarth Press, Londra, 1953–1974.

Friedman, Raymond J. şi Martin M. Katz (ed.), *The Psychology of Depression: Contemporary Theory and Research*, V.H. Winston & Sons, Washington, D.C., 1974.

Friedman, Richard C. şi Jennifer Downey, *Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction*, în *Journal of the American Academy of Psychoanalysis* 23, nr. 1 (1995), pp. 99–113.

——, *Internal Homophobia and Gender-Valued Self-Esteem in the Psychoanalysis*
of Gay Patients, în *Psychoanalytic Review* 86, nr. 3 (1999), pp. 325–347.

——, „Psychoanalysis and Sexual Orientation: Sexual Science and Clinical Practice“ (manuscris).

Friedrich, William N., *Psychotherapy with Sexually Abused Boys*, Sage Publications, Thousand Oaks, Calif., 1995.

Fromm, Erich, *Escape from Freedom*, Farrar & Rinehart, New York, 1941.

Fugh-Berman, A., *Herb-drug interactions*, în *Lancet* 355, nr. 9198 (2000), pp. 134–138.

Galanter, Marc şi Herbert D. Kleber, *Textbook of Substance Abuse Treatment*, ediţia a II-a, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1999.

Galdston, Iago (ed.), *Historic Derivations of Modern Psychiatry*, McGraw-Hill, New York, 1967.

Gallerani, M. *et al.*, *The time for suicide*, în *Psychological Medicine* 26 (1996), pp. 867–870.
Gallicchio, Vincent şi Nicholas Birch (ed.), *Lithium: Biochemical and Clinical Advances*, Weidner Publishing Group, Cheshire, Conn., 1996.
Gallo, Fred P., *Energy Psychology*, CRC Press, Boca Raton, Fla., 1999.
Gamwell, Lynn şi Nancy Tomes, *Madness in America*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1995.
Garcia-Borreguero, Diego *et al.*, *Hormonal Responses to the Administration of M-Chlorophenylpiperazine in Patients with Seasonal Affective Disorder and Controls*, în *Biological Psychiatry* 37 (1995), pp. 740–749.
Gardner, Russell, Jr., *Mechanisms in Manic-Depressive Disorder. An Evolutionary Model*, în *Archives of General Psychiatry* 39 (1982), pp. 1436–1441.
——, *Sociophysiology as the Basic Science of Psychiatry*, în *Theoretical Medicine* 18 (1997), pp. 335–356.
——, *Mati: The Angry Depressed Dog Who Fought On and Won*, în *ASCAP* 11, nr. 12 (1998).
Garofalo, R., *et al.*, *The Association between Health Risk Behaviors and Sexual Orientation among a School-Based Sample of Adolescents*, în *Pediatrics* 101 (1998), pp. 895–902.
——, *Sexual Orientation and Risk of Suicide Attempts among a Representative Sample of Youth*, în *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 153 (1999), pp. 487–493.
Gasner, Rose *et al.*, *The Use of Legal Action in New York City to Ensure Treatment of Tuberculosis*, în *New England Journal of Medicine* 340, nr. 5 (1999), pp. 359–366.
Gazzaniga, Michael S., *The Mind's Past*, University of California Press, Berkeley, 1998.
George, Mark *et al.*, *SPECT and PET imaging in mood disorders*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 54 (1993), pp. 6–13.
——, *Daily repetitive transcranial magnetic stimulation (rTMS) improves mood in Depression*, în *Neuroreport* 6, nr. 14 (1995), pp. 1853–1856.
Ghadirian, Abdu'l-Missagh A. şi Heinz E. Lehmann (ed.), *Environment and Psychopathology*, Springer Publishing, New York, 1993.
Gilbert, David, *Smoking*, Taylor & Francis, Washington, D.C., 1995.
Gillin, J.C., *Are sleep disturbances risk factors for anxiety, depressive and addictive disorders?*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica Supplementum* 393

(1998), pp. 39–43.
Gladstone, Gemma, Gordon Parker, Kay Wilhelm şi Philip Mitchell, *Characteristics of depressed patients who report childhood sexual abuse*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 3 (1999), pp. 431–437.
Gladwell, Malcolm, *Damaged*, în *The New Yorker*, 24 februarie şi 3 martie 1997, pp. 132–147.
Glantz, Kalman şi John K. Pearce, *Exiles from Eden: Psychotherapy from an Evolutionary Perspective*, W.W. Norton, New York, 1989.
Glenmullen, Joseph, *Prozac Backlash*, Simon & Schuster, New York, 2000.
Gloaguen, V. *et al.*, *A meta-analysis of cognitive therapy in depressed patients*, în *Journal of Affective Disorders* 49, nr. 1 (1998), pp. 59–72.
Goethe, Johann Wolfgang von, *Faust*, text revăzut de Howard Brenton după traducerea literară a Christei Weisman, Nick Hearn Books, Londra, 1995.
——, *The Sorrows of Young Werther*, trad. engl. de Bayard Quincy Jones, Frederick Ungar Publishing, New York, 1957.
Gold, Mark S. şi Andrew E. Slaby (ed.), *Dual Diagnosis in Substance Abuse*, Marcel Dekker, New York, 1991.
Goldstein, Rise *et al.*, *The Prediction of Suicide*, în *Archives of General Psychiatry* 48 (1991), pp. 418–422.
Goode, Erica, *Federal Report Praising Electroshock Stirs Uproar*, în *New York Times*, 6 octombrie 1999.
——, *Viewing Depression as a Tool for Survival*, în *New York Times*, 1 februarie 2000.
——, *Chronic-Depression Study Backs the Pairing of Therapy and Drugs*, în *New York Times*, 18 mai 2000.
Goodman, Walter, *In Confronting Depression the First Target Is Shame*, în *New York Times*, 6 ianuarie 1998.
Goodwin, Donald W., *Alcoholism, the Facts*, ediţia a III-a, Oxford University Press, Oxford, 2000.
Goodwin, Frederick K. şi Kay Redfield Jamison, *Manic-Depressive Illness*, Oxford University Press, Oxford, 1990.
Gore, Tipper, *Strip Stigma from Mental Illness*, în *USA Today*, 7 mai 1999.
Gorman, Christine, *Anatomy of Melancholy*, în *Time*, 5 mai 1997.
Gottfries, C.G. *et al.*, *Treatment of Depression in Elderly Patients with and without Dementia Disorders*, în *International Clinical Psychopharmacology*, supl. 6, nr. 5 (1992), pp. 55–64.
Grand, David, *Defining and Redefining EMDR*, BioLateral Books, Bellmore,

N.Y., 1999.
——, „EMDR Performance Enhancement and Auditory Stimulation“ (manuscris).
——, „Integrating EMDR into the Psychodynamic Treatment Process“, expunere prezentată în 1995 (şi publicată în iunie 1996), la Conferinţa Internaţională EMDR, *Eye Movement Desensitization and Reprocessing International Association Newsletter.*
Grant, Bridget *et al.*, *The Relationship between* DSM-TV *Alcohol Use Disorders and* DSM-TV *Major Depression: Examination of the Primary-Secondary Distinction in a General Population Sample*, în *Journal of Affective Disorders* 38 (1996), pp. 113–128.
Gray, Thomas, *The Complete Poems of Thomas Gray*, H.W. Starr şi J.R. Hendrickson (ed.), Clarendon Press, Oxford, 1966.
Greden, John E., *Do long-term treatments alter lifetime course? Lessons learned actions needed*, în *Journal of Psychiatric Research* 32 (1998), pp. 197–199.
——, *Serotonin: How Much We Have Learned! So Much to Discover...*, în *Biological Psychiatry* 44 (1998), pp. 309–312.
Greene, Graham, *Ways of Escape*, Simon and Schuster, New York, 1980.
Griaule, Marcel, *Conversations with Ogotemmêli*, Oxford University Press, Londra, 1965.
Griesinger, W., *Mental Pathology and Therapeutics*, ediţia a II-a, trad. engl. de C. Lockhart Robertson şi James Rutherford, New Sydenham Society, Londra, 1867; William Wood & Co., New York, 1882.
Griffen, Donald R., *Animal Minds*, University of Chicago Press, Chicago, 1992.
Griffith, John *et al.*, *Dextroamphetamine: Evaluation of Psychomimetic Properties in Man*, în *Archives of General Psychiatry* 26 (1972), pp. 97–100.
Group for the Advancement of Psychiatry, *Adolescent Suicide*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1996.
Gut, Emmy, *Productive and Unproductive Depression*, Basic Books, New York, 1989.
Guyton, A.C. *et al.*, *Circulation: Overall regulation*, în *Annual Review of Physiology* 34 (1972). J.M. Luck şi V.E. Hall (ed.), *Annual Reviews*, Palo Alto, Calif.
Guze, S.B. şi E. Robbins, *Suicide and affective disorders*, în *British Journal*

of Psychiatry 117 (1970), pp. 437–38.
Hacking, Ian, *Mad Travelers*, University Press of Virginia, Charlottesville, 1998.
Hagen, Edward H., „Is Postpartum Depression Functional? An Evolutionary Inquiry“, fragment din expunerea prezentată la întâlnirea anuală a Human Behavior and Evolutionary Society, Northwestern University, iunie 1996.
——, *The Defection Hypothesis of Depression: A Case Study*, în *ASCAP* 11, nr. 4 (1998), pp. 13–17.
Halbreich, Uriel şi Lucille Lumley, *The multiple interactional biological processes that might lead to depression and gender differences in its appearance*, în *Journal of Affective Disorders* 29, nr. 2–3 (1993), pp. 159–173.
Hall, Stephen S., *Fear Itself*, în *New York Times Magazine*, 28 februarie 1999.
Hall, Thomas S., *Ideas of Life and Matter: Studies in the History of General Physiology 600 B.C–1900 A.D.*, 2 vol., University of Chicago Press, Chicago, 1969.
Halligan, Marion, *Melancholy: The Eleven Deadly Sins*, Ross Fitzgerald (ed.), William Heinemann, Port Melbourne, Australia, 1993.
Hamsun, Knut, *Hunger*, trad. engl. de Robert Bly, Noonday Press, New York, 1967.
——, *Night Roamers and Other Stories*, trad. engl. de Tiina Nunnally, Fjord Press, Seattle, 1992.
Hanna, E.Z. *et al.*, *Parallels to early onset alcohol use in the relationship of early onset smoking with drug use and* DSM-TV *drug and depressive disorders: Findings from the National Longitudinal Epidemiologic Survey*, în *Alcoholism, Clinical and Experimental Research* 23, nr. 3 (1999), pp. 513–522.
Hannay, Alastair şi Gordon D. Marino (ed.), *The Cambridge Companion to Kierkegaard*, Cambridge University Press, Cambridge, 1998.
Hantz, Paul *et al.*, *Depression in Parkinson's Disease*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 1010–1014.
Harms, Daniil, *Incidences*, trad. engl. şi editare Neil Cornwall, Serpent's Tail, Cornwall, Londra, 1993.
Harrington, Scott, *The History of Federal Involvement in Insurance Regulation: An Historical Overview*, în *Optional Federal Chartering of Insurance*, Peter Wallison (ed.), AEI Press, Washington, D.C., 2000.

Harris, E. Clare şi Brian Barraclough, *Suicide as an Outcome for Medical Disorders*, în *Medicine* 73 (1994), pp. 281–296.
——, *Excess Mortality of Mental Disorder*, în *British Journal of Psychiatry* 173 (1998), pp. 11–53.
Harris, M. Jackuelyn *et al.*, *Recognition and treatment of depression in Alzheimer's disease*, în *Geriatrics* 44, nr. 12 (1989), pp. 26–30.
Hart, Sybil *et al.*, *Depressed Mothers' Neonates Improve Following the MABI and Brazelton Demonstration*, în *Journal of Pediatric Psychology* 23, nr. 6 (1998), pp. 351–356.
Hassoun, Jacques, *The Cruelty of Depression: On Melancholia*, trad. engl. de David Jacobson, Addison-Wesley, Reading, Mass., 1997.
Hauenstein, Emily, *A Nursing Practice Paradigm for Depressed Rural Women: Theoretical Basis*, în *Archives of Psychiatric Nursing* 10, nr. 5 (1996), pp. 283–292.
Hays, Judith *et al.*, *Social Correlates of the Dimensions of Depression in the Elderly*, în *Journal of Gerontology* 53B, nr. 1 (1998), pp. P31–39.
Healy, David, *The Psychopharmacologists*, Chapman and Hall, Londra, 1996.
——, *The Antidepressant Era*, Harvard University Press, Cambridge, 1997.
Heidegger, Martin, *Being and Time*, trad. engl. de Joan Stambaugh, State University of New York Press, New York, 1996.
Heldman, Kevin, *7½ Days*, în *City Limits*, iunie/iulie 1998.
Hellinger, Bert *et al.*, *Loves Hidden Symmetry*, Zeig, Tucker, Phoenix 1998.
Hendin, Herbert, *Suicide in America*, W.W. Norton, New York, 1995.
Herrel, R. *et al.*, *Sexual Orientation and Suicidality: A Co-Twin Control Study in Adult Men*, în *Archives of General Psychiatry* 56 (1999), pp. 867–874.
Herrmann, Nathan *et al.*, *Behavioral Disorders in Demented Elderly Patients*, în *CNS Drugs* 6, nr. 4 (1996), pp. 280–300.
Hertzberg, Hendrik, *The Narcissus Survey*, în *The New Yorker*, 5 ianuarie 1998.
Hickey, Dave, *Air Guitar*, Art Issues Press, Los Angeles, 1997.
Hippocrates, *Hippocrates*, 4 vol., trad. engl. şi editare de W.H.S. Jones şi E.T. Withington, William Heinemann, Londra, 1962.
Hirschfeld, Robert M.A. *et al.*, *The National Depressive and Manic-Depressive Association Consensus Statement on the Undertreatment of Depression*, în *Journal of the American Medical Association* 277, nr. 4

(1997), pp. 333–340.
Hoffman, Friedrich, *A System of the Practice of Medicine*, 2 vol., trad. engl. în William Lewis, J. Murray and J. Johnson, Londra, 1783.
Holick, Michael J. şi Ernst G. Jung (ed.), *Biologic Effects of Light, 1995*, Walter de Gruyter, New York, 1996.
Hollander, Eric (ed.), *TMS*, în *CNS Spectrums* 2, nr. 1 (1997).
Hollingsworth, Ellen Jane, *Use of Medicaid for Mental Health Care by Clients of Community Support Programs*, în *Community Mental Health Journal* 30, nr. 6 (1994), pp. 541–549.
Holloway, Lynette, *Seeing a Link Between Depression and Homelessness*, în *New York Times*, 7 februarie 1999.
Holy Bible, King James Version, Odhams Press Limited, Londra, 1939.
Holy Bible, Old Testament, Douay Version of the Latin Vulgate, Tan Books and Publishers, Rockford, Ill., 1989.
Holy Bible, Revised Standard Version, Thomas Nelson, New York, 1972.
Homer, *The Iliad*, trad. engl. de Robert Fagles, Viking, New York, 1990.
Hooley, Jill M. *et al.*, *Predictors of Relapse in Unipolar Depressives: Expressed Emotion, Marital Distress, and Perceived Criticism*, în *Journal of Abnormal Psychology* 98, nr. 3 (1989), pp. 229–235.
Hooper, Judith, *A New Germ Theory*, în *Atlantic Monthly*, februarie 1999, pp. 41–53.
Horgan, John, *Why Freud Isn't Dead*, în *Scientific American*, decembrie 1996, pp. 74–79.
House, Allan *et al.*, *Depression Associated with Stroke*, în *Journal of Neuropsychiatry* 8, nr. 4 (1996), pp. 453–457.
Hrdina, Pavel *et al.*, *Pharmacological Modification of Experimental Depression in Infant Macaques*, în *Psychopharmacology* 64 (1979), pp. 89–93.
Hugo, Victor, *Les Misérables*, trad. engl. de Charles E. Wilbour, Modern Library, New York, 1992.
Hunter, Richard şi Ida Macalpine (ed.), *300 Years of Psychiatry: A History, 1535–1860. Presented in Selected English Texts*, Oxford University Press, Londra, 1982.
Huysmans, Joris-Karl, *Against Nature*, trad. engl. de Robert Baldick, Penguin Classics, Suffolk, England, 1997.
Hyman, Steven E., *Statement on Fiscal Year 2000 President's Budget Request for the National Institute of Mental Health*, Department of Health

and Human Services, Washington, D.C. (1999) (copie xerox).
——, *Political Science*, în *The Economics of Neuroscience* 2, nr. 1 (2000), pp. 6–7.
Ingram, Allan, *The Madhouse of Language: Writing and Reading Madness in the Eighteenth Century*, Routledge, Londra, 1991.
Inskip, H.M., E. Clare Harris şi Brian Barraclough, *Lifetime risk of suicide for affective disorder, alcoholism, and schizophrenia*, în *British Journal of Psychiatry* 172 (1998), pp. 35–37.
Ishihara, K. *et al.*, *Mechanism underlying the therapeutic effects of electroconvulsive therapy on depression*, în *Japanese Journal of Pharmacology* 80, nr. 3 (1999), pp. 185–189.
Jack, Dana Crowley, *Silencing the Self: Women and Depression*, Harvard University Press, Cambridge, 1991.
Jackson, Stanley W., *Melancholia and Depression: From Hippocratic Times to Modern Times*, Yale University Press, New Haven, Conn., şi Londra, 1986.
Jacobsen, Neil S. *et al.*, *Couple Therapy as a Treatment for Depression: II. The Effects of Relationship Quality and Therapy on Depressive Relapse*, în *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 61, nr. 3 (1993), pp. 516–519.
James, William, *The Will to Believe and Other Essays in Popular Philosophy*, Harvard University Press, Cambridge, 1979.
——, *The Varieties of Religious Experience*, Harvard University Press, Cambridge, 1985.
Jamison, Kay Redfield, *Touched with Fire*, Free Press, New York, 1993.
——, *An Unquiet Mind*, Vintage Books, New York, 1996.
——, *Night Falls Fast*, Alfred A. Knopf, New York, 1999.
Javorsky, James, *An Examination of Language Learning Disabilities in Youth with Psychiatric Disorders*, în *Annals of Dyslexia* 45 (1995), pp. 215–231.
Jayakody, R. şi H. Pollack, *Barriers to Self-Sufficiency among Low-Income, Single Mothers: Substance Use, Mental Health Problems, and Welfare Reform*, expunere prezentată la Association for Public Policy Analysis and Management, Washington, D.C., noiembrie 1997.
Jenkins, Philip, *Synthetic Panics*, New York University Press, 1999.
Jensen, Peter S. *et al.*, *Evolution and Revolution in Child Psychiatry: ADHD as Disorder of Adaptation*, în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 36, nr. 12 (1997), pp. 1672–1679.

Jimenez, Mary Ann, *Changing Faces of Madness: Early American Attitudes and Treatment of the Insane*, University Press of New England, Hanover, N.H., 1987.
Jobe, T.H., *Medical Theories of Melancholia in the Seventeenth and Early Eighteenth Centuries*, în *Clio Medica* 11, nr. 4 (1976), pp. 217–231.
Johnson, Richard E. *et al.*, *Lithium Use and Discontinuation in a Health Maintenance Organization*, în *American Journal of Psychiatry* 153 (1996), pp. 993–1000.
Jones, Mary Lynn F., *Mental health lobbyists say Capitol shooting avoidable*, în *The Hill*, 5 august 1998.
Jones, Nancy Aaron *et al.*, *EEG Stability in Infants/Children of Depressed Mothers*, în *Child Psychiatry and Human Development* 28, nr. 2 (1997), pp. 59–70.
Joseph-Vanderpool, Jean R. *et al.*, *Seasonal Variation in Behavioral Responses to m-CPP in Patients with Seasonal Affective Disorder and Controls*, în *Biological Psychiatry* 33 (1993), pp. 496–504.
Kafka, Franz, *The Metamorphosis and Other Stories*, trad. engl. de Donna Freed, Barnes & Noble Books, New York, 1996.
Kahn, Jack, *Job's Illness: Loss, Grief and Integration: A Psychological Interpretation*, Gaskell, Londra, 1986.
Kalen, N.H. *et al.*, *Asymmetric frontal brain activity, Cortisol, and behavior associated with fearful temperament in Rhesus monkeys*, în *Behavioral Neuroscience* 112 (1998), pp. 286–292.
Kang, Duck-Hee *et al.*, *Frontal Brain Asymmetry and Immune Function*, în *Behavioral Neuroscience* 105, nr. 6 (1991), pp. 860–869.
Kant, Immanuel, *Observations on the Feeling of the Beautiful and Sublime*, trad. engl. de John T. Goldthwait, University of California Press, Berkeley, 1960.
——, *The Philosophy of Kant*, Modern Library, New York, 1949.
Kaplan, Bert, *The Inner World of Mental Illness*, Harper & Row, New York, 1964.
Kaplan, Harold I. şi Benjamin J. Sadock (ed.), *Comprehensive Textbook of Psychiatry*, ediţia a V-a, Williams & Wilkins, Baltimore, 1989.
Karen, Robert, *Becoming Attached*, Oxford University Press, Oxford, 1998.
Karp, David, A., *Speaking of Sadness*, Oxford University Press, Oxford, 1996.
Katz, Jack, *How Emotions Work*, University of Chicago Press, Chicago,

1999.
Katz, Neal şi Linda Marks, *Depression's Staggering Cost*, în *Nation's Business*, iunie 1994.
Kaufman, Joan *et al.*, *Serotonergic Functioning in Depressed Abused Children: Clinical and Familial Correlates*, în *Biological Psychiatry* 44, nr. 10 (1998), pp. 973–981.
Keats, John, *The Poems*, Gerald Bullet (ed.), Alfred A. Knopf, New York, 1992.
Kee, Howard Clark, *Medicine, Miracle, and Magic in New Testament Times*, Cambridge University Press, Cambridge, 1986.
Keitner, Gabor I. *et al.*, *Recovery and Major Depression: Factors Associated with Twelve-Month Outcome*, în *American Journal of Psychiatry* 149, nr. 1 (1992), pp. 93–99.
Keller, Martin *et al. A comparison of nefazodone, the cognitive behavioral-analysis system of psychotherapy, and their combination for the treatment of chronic depression*, în *New England Journal of Medicine* 342, nr. 20 (2000), pp. 1462–1470.
Kelose, John R., „The Genetics of Mental Illness", Departamentul de Psihiatrie, University of California, San Diego (manuscris).
Kendler, Kenneth S., *A Population-Based Twin Study of Major Depression in Women*, în *Archives of General Psychiatry* 49 (1992), pp. 257–266.
——, *A Longitudinal Twin Study of 1-Year Prevalence of Major Depression in Women*, în *Archives of General Psychiatry* 50 (1993), pp. 843–852.
——, *The Prediction of Major Depression in Women: Toward an Integrated Etiologic Model*, în *American Journal of Psychiatry* 150 (1993), pp. 1139–48.
Kendler, Kenneth S. *et al.*, *Stressful life events and previous episodes in the etiology of major depression in women: An evaluation of the "kindling" hypothesis*, în *American Journal of Psychiatry* 157, nr. 8 (2000), pp. 1243–1251.
Kenyon, Jane, *Constance*, Graywolf Press, St. Paul, Minn., 1993.
Kessler, Ronald C. *et al., Lifetime and 12-Month Prevalence of* DSM-III-R *Psychiatric Disorders in the United States*, în *Archives of General Psychiatry* 51 (1994), pp. 8–19.
Kettlewell, Caroline, *Skin Game*, St. Martin's Press, New York, 1999.
Kierkegaard, Søren, *The Sickness Unto Death*, trad. engl. de Alastair Hannay, Penguin Books, Londra, 1989.

Kiesler, A., *Mental Hospitals and Alternative Care: Noninstitutionalization as Potential Public Policy for Mental Patients*, în *American Psychologist* 349 (1982), pp. 357–358.
Klein, Donald E. şi Paul H. Wender, *Understanding Depression*, Oxford University Press, Oxford, 1993.
Klein, Melanie, *The Selected Melanie Klein*, Juliet Mitchell (ed.), Penguin Books, New York, 1986.
Kleinman, Arthur şi Byron Good (ed.), *Culture and Depression*, University of California Press, Berkeley, 1985.
Klerman, Gerald *et al.*, *Treatment of depression by drugs and psychotherapy*, în *American Journal of Psychiatry* 131 (1974), pp. 186–191.
Klibansky, Raymond, Erwin Panofsky şi Fritz Saxl, *Saturn and Melancholy: Studies in the History of Natural Philosophy Religion, and Art*, Nelson, Londra, 1964.
Klinkenborg, Verlyn, *Sleepless*, în *New York Times Magazine*, 5 ianuarie 1997.
Klitzman, Robert, *In a House of Dreams and Glass*, Ivy Books, New York, 1995.
Knishinsky, Ran, *The Prozac Alternative*, Healing Arts Press, Rochester, Vt., 1998.
Kobler, Arthur L. şi Ezra Stotland, *The End of Hope: A Social-Clinical Study of Suicide*, Free Press of Glencoe, Londra, 1964.
Kochanska, Grazyna, *Children of Normal and Affectively Ill Mothers*, în *Child Development* 62 (1991), pp. 250–263.
Koestler, Arthur, *The Ghost in the Machine*, Macmillan, New York, 1967.
Kolb, Elzy, *Serotonin: Is there anything it can't do?*, în *College of Physicians and Surgeons of Columbia University* (primăvara 1999).
Kosten, Thomas R. *et al.*, *Depression and Stimulant Dependence*, în *Journal of Nervous and Mental Disease* 186, nr. 12 (1998), pp. 737–745.
——, *Regional cerebral blood flow during acute and chronic abstinence from combined cocaine-alcohol abuse*, în *Drug and Alcohol Dependence* 50, nr. 3 (1998), pp. 187–195.
Kraemer, Gary, *The Behavioral Neurobiology of Self-Injurious Behavior in Rhesus Monkeys: Current Concepts and Relations to Impulsive Behavior in Humans*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836, nr. 363 (1997), pp. 12–38.
Kraemer, Gary *et al.*, *Rearing experience and biogenic amine activity in*

infant rhesus monkeys, în *Biological Psychiatry* 40, nr. 5 (1996), pp. 338–352.
Kraepelin, Emil, *Manic-Depressive Insanity and Paranoia*, trad. engl. de R. Mary Barclay *et al*., George M. Robertson (ed.), E. & S. Livingstone, Edinburgh, 1921.
Krafft-Ebing, R. von, *Text-Book of Insanity*, trad. engl. de Charles Gilbert Chaddock, F.A. Davis Publishers, Philadelphia, 1904.
Kramer, Peter D., *Listening to Prozac*, Viking Press, New York, 1993.
Kristeller, Paul Oskar, *The Philosophy of Marsilio Ficino*, trad. engl. de Virginia Conant, Columbia University Press, New York, 1943.
Kristeva, Julia, *Black Sun: Depression and Melancholia*, trad. engl. de Leon S. Roudiez, Columbia University Press, New York, 1989.
Kuhn, Reinhard, *The Demon of Noontide: Ennui in Western Literature*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1976.
Kuhn, Roland, „The Treatment of Depressive States with G22355 (Imipramine Hydrochloride)“, expunere prezentată la Galesburg State Hospital, 19 mai 1958.
Kye, Christopher şi Neal Ryan, *Pharmacologic Treatment of Child and Adolescent Depression*, în *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 4, nr. 2 (1995), pp. 261–281.
Lambert, Craig, *Deep Cravings*, în *Harvard Magazine* 102, nr. 4 (2000), pp. 60–68.
Lamison-White, L., *U.S. Bureau of the Census: Current Populations Report*, seria P60–198, U.S. Government Printing Office, Washington, D.C., 1997.
Lattal, K.A. şi M. Perrone (ed.), „Handbook of Research Methods in Human Operant Behavior“ (manuscris).
Lawlor, B.A. *et al*., *Evidence for a decline with age in behavioral responsivity to the serotonin agonist, m-chlorophenylpiperazine, in healthy human subjects*, în *Psychiatry Research* 29, nr. 1 (1989), pp. 1–10.
Lear, Jonathan, *Love and Its Place in Nature*, Noonday Press, New York, 1990.
——, *Open Minded*, Harvard University Press, Cambridge, 1998.
Ledoux, Joseph, *The Emotional Brain*, Touchstone, New York, 1996.
Lee, Catherine M. şi Ian H. Gotlib, *Adjustment of Children of Depressed Mothers: A 10-Month Follow-Up*, în *Journal of Abnormal Psychology* 100, nr. 4 (1991), pp. 473–477.
Lee, Soong *et al*., *Community Mental Health Center Accessibility*, în

Archives of General Psychiatry 31 (1974), pp. 335–339.
Leibenluft, Ellen *et al.*, *Is Sleep Deprivation Useful in the Treatment of Depression?*, în *American Journal of Psychiatry* 149, nr. 2 (1992), pp. 159–168.
——, *Relationship between sleep and mood in patients with rapid-cycling bipolar Disorder*, în *Psychiatry Research* 63 (1996), pp. 161–168.
Lemley, Brad, *Alternative Medicine Man*, în *Discover*, august 1999.
Leopardi, Giacomo, *Poems*, trad. engl. de Jean-Pierre Barricelli, Las Americas Publishing, New York, 1963.
Lepenies, Wolf, *Melancholy and Society*, trad. engl. de Jeremy Gaines şi Doris Jones, Harvard University Press, Cambridge, 1992.
Lester, David (ed.), *Current Concepts of Suicide*, Charles Press, Philadelphia, 1990.
——, *Patterns of Suicide and Homicide in the World*, Nova Science Publishers, New York, 1996.
——, *Making Sense of Suicide*, Charles Press, Philadelphia, 1997.
Levi, Primo, *The Drowned and the Saved*, trad. engl. de Raymond Rosenthal, Vintage International, New York, 1989.
——, *The Drowned and the Saved*, introducere de Paul Bailey, trad. engl. de Raymond Rosenthal, Abacus, Londra, 1989.
Levy, Robert M. şi Leonard S. Rubinstein, *The Rights of People with Mental Disabilities*, Southern Illinois University Press, Carbondale, 1996.
Lewinsohn, Peter M., Julia L. Steinmetz, Douglas W. Larson şi Franklin Judita, *Depression-related cognitions: Antecedent or consequence?*, în *Journal of Abnormal Psychology* 90 (1981), pp. 213–219.
Lewis, C.S., *Studies in Words*, Cambridge University Press, Cambridge, 1967.
Lewis, Ricki, *Manic-Depressive Illness*, în *FDA Consumer* 30, nr. 5 (1996), pp. 26–29.
Lidz, Theodore, *Adolf Meyer and the Development of American Psychiatry*, în *American Journal of Psychiatry* 123 (1966).
Light, Luise, *How Energy Heals*, în *New Age Magazine*, februarie 1998.
Linde, Klaus *et al.*, *St. John's wort for depression—an overview and meta-analysis of randomized clinical trials*, în *British Medical Journal* 313 (1996), pp. 253–258.
Lindner, Robert, *The Fifty-Minute Hour*, Rinehart, New York, 1955.
Lipinski, Joseph F. *et al.*, *Open Trial of S-adenosylmethionine for Treatment*

of Depression, în *American Journal of Psychiatry* 143, nr. 3 (1984), pp. 448–450.

López, Juan F. *et al.*, *Regulation of 5-HT Receptors and the Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Axis: Implications for the Neurobiology of Suicide*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 836 (1997), pp. 106–134.

——, *Regulation of 5-HT1A Receptor, Glucocorticoid and Mineralocorticoid Receptor in Rat and Human Hippocampus: Implications for the Neurobiology of Depression*, în *Biological Psychiatry* 43 (1998), pp. 547–573.

——, *Neural circuits mediating stress*, în *Biological Psychiatry* 46 (1999), pp. 1461–1471.

Luhrmann, T.M., *Of Two Minds*, Alfred A. Knopf, New York, 2000.

Lukács, Georg, *Soul and Form*, trad. engl. de Anna Bostock, MIT Press, Cambridge, 1971.

Lynch, John *et al.*, *Cumulative Impact of Sustained Economic Hardship on Physical, Cognitive, Psychological, and Social Functioning*, în *New England Journal of Medicine* 337 (1997), pp. 1889–1895.

Lynge, Inge, *Mental Disorders in Greenland: Past and Present*, în *Man & Society* 21 (1997).

Lyons, David *et al.*, *Separation Induced Changes in Squirrel Monkey Hypothalamic-Pituitary-Adrenal Physiology Resemble Aspects of Hypercortisolism in Humans*, în *Psychoneuroendocrinology* 24 (1999), pp. 131–142.

MacDonald, Michael, *Mystical Bedlam: Madness, Anxiety and Healing in Seventeenth-Century England*, Cambridge University Press, Cambridge, 1981.

MacLean, Paul D., *The Triune Brain in Evolution: Role in Paleocerebral Functions*, Plenum Press, New York, 1990.

Madden, Pamela A.E. *et al.*, *Seasonal Changes in Mood and Behavior*, în *Archives of General Psychiatry* 53 (1996), pp. 47–55.

Maj, M., E. Starace şi N. Sartorius, *Mental Disorders in HTV-1 Infection and AIDS*, Hogrefe & Huber, Seattle, 1993.

Major, Ralph H., *A History of Medicine*, 2 vol., Thomas, Springfield, Ill., 1954.

Makanjuola, Roger O., *Socio-Cultural Parameters in Yoruba Nigerian Patients with Affective Disorders*, în *British Journal of Psychiatry* 155 (1989), pp. 337–340.

Malan, Andre şi Bernard Canguilhem (ed.), *Symposium on Living in the Cold* (al II-lea, 1989, Le Hohwald, France), J. Libbey Eurotext, Londra, 1989.
Malaurie, Jean, *The Last Kings of Thule*, trad. engl. de Adrienne Foulke, E.P. Dutton, New York, 1982.
Maltsberger, John, *Suicide Risk: The Formulation of Clinical Judgment*, New York University Press, New York, 1986.
Manfield, Philip (ed.), *Extending EMDR*, W.W. Norton, New York, 1998.
Mann, John, *The Neurobiology of Suicide*, în *Lifesavers* 10, nr. 4 (1998), pp. 1–7.
Mann, John *et al.*, *Toward a Clinical Model of Suicidal Behavior in Psychiatric Patients*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 2 (1999), pp. 181–189.
Manning, Martha, *Undercurrents*, HarperSanFrancisco, San Francisco, 1994.
——, *The Legacy*, în *Family Therapy Networker*, ianuarie 1997, pp. 34–41.
Marcus, Eric, *Why Suicide?*, HarperSanFrancisco, San Francisco, 1996.
Margolis, Simeon şi Karen L. Swartz, *The Johns Hopkins White Papers: Depression and Anxiety*, Johns Hopkins Medical Institutions, Baltimore, 1998–2000.
Marinoff, Lou, *Plato, Not Prozac!*, HarperCollins, New York, 1999.
Maris, Ronald (ed.), *The Biology of Suicide*, Guilford Press, New York, 1986.
Mark, Tami *et al.*, *National Expenditures for Mental Health, Alcohol and Other Drug Abuse Treatment*, U.S. Department of Health and Human Services, Rockville, Md., 1996.
Marlowe, Ann, *How to Stop Time: Heroin from A to* Z, Basic Books, New York, 1999.
Mather, Cotton, *The Angel of Bethesda*, Gordon W. Jones (ed.), American Antiquarian Society and Barre Publishers, Barre, Mass., 1972.
Mathew, Roy şi William Wilson, *Substance Abuse and Cerebral Blood Flow*, în *American Journal of Psychiatry* 148, nr. 3 (1991), pp. 292–305.
Maudsley, Henry, *The Pathology of Mind*, ediţia a III-a, D. Appleton, New York, 1882.
——, *The Pathology of the Mind*, Macmillan, Londra, 1895.
Maupassant, Guy de, *Selected Short Stories*, trad. engl. de Roger Colet, Penguin Books, Londra, 1971.
May, Rollo, *The Meaning of Anxiety*, W.W. Norton, New York, 1977.
May Ion, A.K., *Biphasic aspects of homosexual identity formation*, în *Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 19 (1982), pp. 335–340.

Mays, John Bentley, *In the Jaws of the Black Dogs*, HarperCollins, New York, 1995.
McAlpine, Donna şi David Mechanic, *Utilization of Specialty Mental Health Care among Persons with Severe Mental Illness: The Roles of Demographics, Need, Insurance, and Risk*, în *Health Services Research* 35, nr. 1 (2000), pp. 277–292.
McCann, U. *et al.*, *Serotonin Neurotoxicity after 3,4-Methylenedioxymethampheta-mine: A Controlled Study in Humans*, în *Neuropsychopharmacology* 10 (1994), pp. 129–138.
McCauley, Elizabeth *et al.*, *The Role of Somatic Complaints in the Diagnosis of Depression in Children and Adolescents*, în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 30, nr. 4 (1991), pp. 631–635.
McDowell, David M. şi Henry I. Spitz, *Substance Abuse: From Principles to Practice*, Taylor & Francis Group, New York, 1999.
McGuire, Michael şi Alfonso Troisi, *Darwinian Psychiatry*, Oxford University Press, Oxford, 1998.
McHugh, Paul R., *Psychiatric Misadventures*, în *American Scholar* 61, nr. 4 (1992), pp. 497–510.
McHugh, Paul R. şi Phillip R. Slavney, *The Perspectives of Psychiatry*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1986.
McKeown, L.A., *The Healing Profession on an Alternative Mission*, în *Medical World News*, aprilie 1993, pp. 48–60.
Mead, Richard, *Medical Precepts and Cautions*, trad. engl. de Thomas Stack, J. Brindley, Londra, 1751.
——, *The Medical Works of Richard Mead, M.D.*, C. Hitch *et al.*, Londra, 1762.
Meisol, Patricia, *The Dark Cloud*, în *The Sun*, 1 mai 1999.
Mehlman, P.T. *et al.*, *Low CSF 5-HIAA Concentrations and Severe Aggression and Impaired Impulse Control in Nonhuman Primates*, în *American Journal of Psychiatry* 151 (1994), pp. 1485–1491.
Melfi, Catherine *et al.*, *Access to Treatment for Depression in a Medicaid Population*, în *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 10, nr. 2 (1999), pp. 201–215.
Mellman, T.A. şi T.W. Uhde, *Sleep and Panic and Generalized Anxiety Disorders*, în *The Neurobiology of Panic Disorder*, James Ballenger (ed.), Wiley-Liss, New York, 1990.
Menander, *Comicorum Atticorum fragmenta*, T. Kock (ed.), Teubner,

Leipzig, 1888.
Mendelson, Myer, *Psychoanalytic Concepts of Depression*, Spectrum Publications, New York, 1974.
Menninger, Karl, *Man Against Himself*, Harcourt, Brace & World, New York, 1983.
Merkin, Daphne, *The Black Season*, în *The New Yorker*, 8 ianuarie 2001.
Meyer, Adolf, *The "Complaint" as the Center of Genetic-Dynamic and Nosological Thinking in Psychiatry*, în *New England Journal of Medicine* 199 (1928), pp. 360–370.
——, *The Collected Papers of Adolf Meyer*, 4 vol., Eunice E. Winters (ed.), Johns Hopkins Press, Baltimore, 1951.
——, *Psychobiology: A Science of Man*, Eunice E. Winters şi Anna Mae Bowers (ed.), Charles C. Thomas, Springfield, Ill., 1957.
Meyer, R.E. (ed.), *Psychopathology and Addictive Disorder*, Guilford Press, New York, 1986.
Miletich, John J., *Depression in the Elderly: A Multimedia Sourcebook*, Greenwood Press, Westport, Conn., 1997.
Milgram, Stanley, *Obedience to Authority*, Harper Colophon Books, New York, 1974.
Millay, Edna St. Vincent, *Collected Sonnets*, Harper and Row, New York, 1988.
Miller, Alice, *The Drama of the Gifted Child*, BasicBooks, New York, 1994.
Miller, Ivan W., Gabor I. Keitner *et al.*, *Depressed Patients with Dysfunctional Families: Description and Course of Illness*, în *Journal of Abnormal Psychology* 101, nr. 4 (1992), pp. 637–646.
Miller, John (ed.), *On Suicide: Great Writers on the Ultimate Question*, Chronicle Books, San Francisco, 1992.
Milton, John, *Complete Poems and Major Prose*, Merritt Y. Hughes (ed.), Prentice-Hall, Englewood Cliffs, N.J., 1957.
——, *Paradise Lost*, Scott Elledge (ed.), W.W. Norton, New York, 1993.
Miranda, Jeanne, *Introduction to the special section on recruiting and retaining minorities in psychotherapy research*, în *Journal of Consulting Clinical Psychologists* 64, nr. 5 (1996), pp. 848–850.
——, „One in five women will become clinically depressed..." (manuscris).
Miranda, Jeanne *et al.*, *Recruiting and retaining low-income Latinos in psychotherapy research*, în *Journal of Consulting Clinical Psychologists* 64, nr. 5 (1996), pp. 868–874.

——, *Unmet mental health needs of women in public-sector gynecologic clinics*, în *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 178, nr. 2 (1998), pp. 212–217.
——, „Current Psychiatric Disorders Among Women in Public Sector Family Planning Clinics“, Georgetown University Medical Center (manuscris).
Miranda, Jeanne şi Bonnie L. Green, „Poverty and Mental Health Services Research“, Georgetown University Medical Center (manuscris).
Mirman, Jacob J., *Demystifying Homeopathy*, New Hope Publishers, New Hope, Minn., 1999.
Mondimore, Francis Mark, *Depression: The Mood Disease*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1995.
Montgomery, S.A., *Suicide prevention and serotonergic drugs*, în *International Clinical Psychopharmacology* 8, nr. 2 (1993), pp. 83–85.
Montplaisir, J. şi R. Godbout (ed.), *Sleep and Biological Rhythms*, Oxford University Press, New York, 1990.
Moore, K. *et al.*, *The JOBS Evaluation: How Well Are They Faring? AFDC Families with Preschool-Aged Children in Atlanta at the Outset of the JOBS Evaluation*, U.S. Department of Health and Human Services, Washington, D.C., 1995.
——, *The Association Between Physical Activity and Depression in Older Depressed Adults*, în *Journal of Aging and Physical Activity* 7 (1999), pp. 55–61.
Moore, Thomas, *Care of the Soul*, HarperCollins, New York, 1998.
Mora, George *et al.* (ed.), *Witches, Devils, and Doctors in the Renaissance: Johann Weyer, "De praestigiis daemonum" (*ed. *1583)*, trad. engl. de John Shea, Medieval & Renaissance Texts & Studies, Binghamton, N.Y., 1991.
Morse, Gary *et al.*, *Experimental Comparison of the Effects of Three Treatment Programs for Homeless Mentally Ill People*, în *Hospital and Community Psychiatry* 43, nr. 10 (1992), pp. 1005–1010.
Moss, L. şi D. Hamilton, *The Psychotherapy of the Suicidal Patient*, în *American Journal of Psychiatry* 122 (1956), pp. 814–819.
Mufson, Laura *et al.*, *Efficacy of Interpersonal Psychotherapy for Depressed Adolescents*, în *Archives of General Psychiatry* 56 (1999), pp. 573–579.
Murphy, Elaine (ed.), *Affective Disorders in the Elderly*, Churchill Livingstone, Londra, 1986.
Murphy, George, *Suicide in Alcoholism*, Oxford University Press, New York,

1992.
Murray, Albert, *Stomping the Blues*, A De Capo Paperback, New York, 1976.
Murray, Michael T., *Natural Alternatives to Prozac*, Morrow, New York, 1996.
Musetti, Laura *et al.*, *Depression Before and After Age 65: A Reexamination*, în *British Journal of Psychiatry* 155 (1989), pp. 330–336.
Mutrie, Tim, *Aspenite helps spread word on teen depression*, în *Aspen Times* 12, nr. 169 (1999).
Nagel, Thomas, *The Possibility of Altruism*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1970.
National Advisory Mental Health Council, „Minutes of the 184th Meeting“, 16 septembrie 1996 (manuscris).
——, „Bridging Science and Service: A Report by the National Advisory Mental
Health Council's Clinical Treatment and Services Research Workgroup“ (manuscris).
National Institute of Health's Genetics Workgroup, „Genetics and Mental Disorders“, National Institute of Mental Health (manuscris).
National Institute of Mental Health, *Suicide Research Workshop: From the Bench to the Clinic*, 14–15 noiembrie 1996.
——, *Report to the National Advisory Mental Health Council Director of the NIMH*, 28–29 ianuarie 1997.
——, *Depression: What Every Woman Should Know*, Depression Awareness, Recognition, and Treatment (D/ART) Campaign.
National Mental Health Association, *Tipper Gore Announces Major Mental Health Initiative*, NMHA Legislative Alert.
National Mental Health Consumers' Self-Help Clearinghouse *et al.*, *Amici Curiae Brief for the October 1998 Supreme Court Case of Tommy Olmstead, Commissioner of the Department of Human Resources of the State of Georgia, et al., vs. L.C. and E.W., Each by Jonathan Zimring, as Guardian ad Litem and Next Friend*, NMHCSHC, Philadelphia, Pa., 1998.
Nazroo, J.Y. *et al.*, *Gender differences in the onset of depression following a shared life event: A study of couples*, în *Psychological Medicine* 27 (1997), pp. 9–19.
Neaman, Judith S., *Suggestion of the Devil: The Origins of Madness*, Anchor Books, Garden City, N.Y., 1975.
Nemeroff, Charles B., *The Neurobiology of Depression*, în *Scientific*

American, iunie 1998.
Nesse, Randolph, *Evolutionary Explanations of Emotions*, în *Human Nature* 1, nr. 3 (1990), pp. 281–289.
——, *What Good Is Feeling Bad?*, în *The Sciences*, decembrie 1991.
——, *Is Depression an Adaptation?*, în *Archives of General Psychiatry* 57, nr. 1 (2000), pp. 14–20.
Newton, Isaac, *Newton's Principia: The Mathematical Principles of Natural Philosophy*, trad. engl. de Andrew Motte, Daniel Adee, New York, 1848.
Nicholson, Barbara L. şi Diane M. Kay, *Group Treatment of Traumatized Cambodian Women: A Culture-Specific Approach*, în *Social Work* 44, nr. 5 (1999), pp. 470–479.
Nielsen, D. *et al.*, *Suicidally and 5-Hydroxindoleacetic Acid Concentration Associated with Tryptophan Hydroxylase Polymorphism*, în *Archives of General Psychiatry* 51 (1994), pp. 34–38.
Nierenberg, Andrew *et al.*, *Mania Associated with St John's Wort*, în *Biological Psychiatry* 46 (1999), pp. 1707–1708.
Niesink, R.J.M. *et al.* (ed.), *Drugs of Abuse and Addiction*, CRC Press, Boca Raton, Fla., 1998.
Nietzsche, Friedrich, *Beyond Good and Evil*, trad. engl. de R.J. Hollingdale, Penguin Books, Londra, 1990.
——, *Thus Spoke Zarathustra*, trad. engl. de Walter Kaufmann, Modern Library, New York, 1995.
——, *The Will to Power*, trad. engl. de Walter Kaufmann, Vintage Books, New York, 1967.
Nolen-Hoeksema, Susan, *Sex Differences in Depression*, Stanford University Press, Stanford, Calif., 1990.
Norden, Michael J., *Beyond Prozac: Brain Toxic Lifestyles, Natural Antidotes and New Generation Antidepressants*, ReganBooks, New York, 1995.
Norton Anthology of Poetry, ediţie revăzută, Alexander W. Allison *et al.* (ed.), W.W. Norton, New York, 1975.
Nuland, Sherwin B., *How We Die*, Vintage, Londra, 1997.
Nutt, David, *Substance-P antagonists: A new treatment for depression?*, în *Lancet* 352 (1998), pp. 1644–1645.
O'Connor, Lynn E. *et al.*, *Guilt, Fear, and Empathy in College Students and Clinically Depressed Patients*, expunere prezentată la întâlnirile Human Behavior and Evolution Society, Davis, California, iulie 1998.

Olney, Buster, *Harnisch Says He Is Being Treated for Depression*, în *New York Times*, 26 aprilie 1997.
Olsen, K. şi L. Pavetti, *Personal and Family Challenges to the Successful Transition from Welfare to Work*, Urban Institute, Washington, D.C., 1996.
Opler, Marvin şi S. Mouchly Small, *Cultural Variables Affecting Somatic Complaints and Depression*, în *Psychosomatics* 9, nr. 5 (1968), pp. 261–266.
Oppenheim, Janet, *Shattered Nerves*, Oxford University Press, Oxford, 1991.
Oquendo, M.A. *et al.*, *Suicide: Risk Factors and Prevention in Refractory Major Depression*, în *Depression and Anxiety* 5 (1997), pp. 202–211.
——, *Inadequacy of Antidepressant Treatment for Patients with Major Depression Who Are at Risk for Suicidal Behavior*, în *American Journal of Psychiatry* 156, nr. 2 (1999), pp. 190–194.
Osier, Sir William, *Aequanimitas*, H.K. Lewis, Londra, 1904.
Overstreet, D.H. *et al.*, *Alcoholism and depressive disorder: Is cholinergic sensitivity a biological marker?*, în *Alcohol & Alcoholism* 24 (1989), pp. 253–255.
Overstreet, S. *et al.*, *Availability of family support as a moderator of exposure to community violence*, în *Journal of Clinical Child Psychology* 28, nr. 2 (1999), pp. 151–159.
The Oxford English Dictionary, 12 vol., Clarendon Press, Oxford, 1978.
Pagel, Walter, *Religion and Neoplatonism in Renaissance Medicine*, Marianne Winder (ed.), Variorum Reprints, Londra, 1985.
Papolos, Demitri şi Janice Papolos, *Overcoming Depression*, HarperCollins, New York, 1997.
Pascual-Leone, Alvaro *et al.*, *Cerebral atrophy in habitual cocaine abusers: A planimetric CT study*, în *Neurology* 41 (1991), pp. 34–38.
——, *Rapid-rate transcranial magnetic stimulation of left dorsolateral prefrontal cortex in drug-resistant depression*, în *Lancet* 348 (1996), pp. 233–237.
Patros, Philip G. şi Tonia K. Shamoo, *Depression and Suicide in Children and Adolescents*, Allyn & Bacon, Boston, 1989.
Patton, Stacey Pamela, *Electrogirl*, în *Washington Post*, 19 septembrie 1999.
Pear, Robert, *Insurance Plans Skirt Requirement on Mental Health*, în *New York Times*, 26 decembrie 1998.
Pelaez-Nogueras, Martha *et al.*, *Depressed Mothers' Touching Increases Infants' Positive Affect and Attention in Still-Face Interaction*, în *Child*

Development 61 (1996), pp. 1780–1792.
Petti, T.A., *Depression in hospitalized child psychiatry patients: Approaches to measuring depression*, în *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 22 (1978), pp. 11–21.
Phillips, Adam, *Darwin's Worms*, Faber & Faber, Londra, 1999.
Physicians' Desk Reference, ediţia a LIII-a, Medical Economics Company, Montvale, N.J., 1999.
Pinel, Philippe, *A Treatise on Insanity in Which Are Contained the Principles of a New and More Practical Nosology of Maniacal Disorders*, trad. engl. de D.D. Davis, W. Todd, Sheffield, England, 1806.
Pirkis, Jane şi Philip Burgess, *Suicide and recency of health care contacts: A systematic review*, în *British Journal of Psychiatry* 173 (1998), pp. 462–475.
Plath, Sylvia, *The Bell Jar*, Harper & Row, New York, 1971.
Pletscher, A. *et al.*, *Serotonin Release as a Possible Mechanism of Reserpine Action*, în *Science* 122 (1955), pp. 374.
Pollan, Michael, *A Very Fine Line*, în *New York Times Magazine*, 12 septembrie 1999.
Pollice, Christine *et al.*, *Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in* Anorexia Nervosa, în *International Journal of Eating Disorders* 21 (1997), pp. 367–376.
Porter, Roy, *Mind-Forged Manacles: A history of madness in England from the Restoration to the Regency*, Athlone Press, Londra, 1987.
Post, Robert M., *Transduction of Psychosocial Stress into Neurobiology of Recurrent Affective Disorder*, în *American Journal of Psychiatry* 149, nr. 8 (1992), pp. 999–1010.
——, *Malignant Transformation of Affective Illness: Prevention and Treatment*, în *Directions in Psychiatry* 13 (1993), pp. 2–7.
Post, Robert M. *et al.*, *Cocaine, Kindling, and Psychosis*, în *American Journal of Psychiatry* 133, nr. 6 (1976), pp. 627–634.
——, *Recurrent affective disorder: Roots in developmental neurobiology and illness progression based on changes in gene expression*, în *Development and Psychopathology* 6 (1994), pp. 781–813.
——, *Developmental psychobiology of cyclic affective illness: Implications for early therapeutic intervention*, în *Development and Psychopathology* 8 (1996), pp. 273–305.
——, *Rational polypharmacy in the bipolar affective disorders*, în *Epilepsy*

Research supl. 11 (1996), pp. 153–180.
Powell, Barbara *et al.*, *Primary and Secondary Depression in Alcoholic Men: An Important Distinction?*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 48, nr. 3 (1987), pp. 98–101.
Poznanski, E. şi J.R., Zrull, *Childhood depression: Clinical characteristics of overtly depressed children*, în *Archives of General Psychiatry* 23 (1970), pp. 8–15.
Price, John S., *Genetic and Phylogenetic Aspects of Mood Variation*, în *International Journal of Mental Health* 1 (1972), pp. 124–144.
——, *Agonistic versus Prestige Competition*, în *ASCAP* 8, nr. 9 (1995), pp. 7–15.
——, *The Expression of Hostility in Complementary Relationships—Change due*
to Depressed Mood, în *ASCAP* 9, nr. 7 (1996), pp. 6–14.
——, *Goal Setting: A Contribution from Evolutionary Biology*, în *ASCAP* 10, nr. 10 (1997).
——, *Job's Battle with God*, în *ASCAP* 10, nr. 12 (1997).
——, *Do Not Underestimate the Dog!*, în *ASCAP* 11, nr. 12 (1998).
Price, John S. şi Anthony Stevens, *Evolutionary Psychiatry*, Routledge, Londra, 1996.
Price, John S. *et al.*, *The Social Competition Hypothesis of Depression*, în *British Journal of Psychiatry* 164 (1994), pp. 309–315.
Prichard, James Cowles, *A Treatise on Insanity and Other Disorders Affecting the Mind*, Sherwood, Gilbert, & Piper, Londra, 1835.
Pritchard, C., *New patterns of suicide by age and gender in the United Kingdom and the Western World, 1974–1992; an indicator of social change?*, în *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 31 (1996), pp. 227–234.
Quen, Jacques M. şi Eric T. Carlson (ed.), *American Psychoanalysis: Origins and Development. The Adolf Meyer Seminars*, Brunner/Mazel, New York, 1978.
Quint, J.C. *et al.*, *New Chance: Interim Findings on a Comprehensive Program for Disadvantaged Young Mothers and Their Children*, Manpower Demonstration Research Corp., New York, 1994.
Radke-Yarrow, Marian *et al.*, *Affective Interactions of Depressed and Nondepressed Mothers and Their Children*, în *Journal of Abnormal Child Psychology* 21, nr. 6 (1993), pp. 683–695.

——, *Depressed and Well Mothers*, în *Child Development 65* (1994), pp. 1405–1414.
Rado, Sandor, *Psychoanalysis of Behavior: The Collected Papers of Sandor Rado*, 2 vol., Grune & Stratton, New York, 1956.
Raleigh, Michael şi Michael McGuire, *Bidirectional Relationships between Tryptophan and Social Behavior in Vervet Monkeys*, în *Advances in Experimental Medicine and Biology* 294 (1991), pp. 289–298.
Raleigh, Michael *et al.*, *Social and Environmental Influences on Blood Serotonin Concentrations in Monkeys*, în *Archives of General Psychiatry* 41 (1984), pp. 405–410.
——, *Serotonergic Mechanisms Promote Dominance Acquisition in Adult Male Vervet Monkeys*, în *Brain Research* 559 (1991), pp. 181–190.
Readings from the Hurricane Island Outward Bound School, Hurricane Island Outward Bound, Rockland, Me.
Real, Terrence, *I Don't Want to Talk About It*, Scribner, New York, 1997.
Rees, Jonathan, *Patents and intellectual property: A salvation for patient-oriented research?*, în *Lancet* 356 (2000), pp. 849–850.
Regier, D.A. *et al.*, *Comparing age at onset of major depression and other psychiatric disorders by birth cohorts in five U. S. community populations*, în *Archives of General Psychiatry* 48, nr. 9 (1991), pp. 789–795.
——, *The* de facto *mental and addictive disorders service system. Epidemiologic Catchment Area prospective 1-year prevalence rates of disorders and services*, în *Archives of General Psychiatry* 50, nr. 2 (1993), pp. 85–94.
Relman, Arnold S., *A Trip to Stonesville*, în *New Republic* 219, nr. 24 (1998), pp. 28–37.
Remafedi, G. *et al.*, *The Relationship between Suicide Risk and Sexual Orientation: Results of a Population-Based Study*, în *American Journal of Public Health* 88, nr. 1 (1998), pp. 57–60.
Rich, C.L. *et al.*, *San Diego Suicide Study I: Young vs. Old Subjects*, în *Archives of General Psychiatry* 43, nr. 6 (1986), pp. 577–582.
Richter, Gerhard, *The Daily Practice of Painting*, trad. engl. de David Britt, MIT Press, Cambridge, 1998.
Ridley, Matt, *Genome*, Fourth Estate, Londra, 1999.
Riley, Anne W., *Effects on children of treating maternal depression*, National Institute of Mental Health Grant #R01 MH58394.
Rilke, Rainer Maria, *The Selected Poetry of Rainer Maria Rilke*, trad. engl.

de Stephen Mitchell (ed.), Vintage International, New York, 1989.
Rimer, Sara, *Gaps Seen in Treatment of Depression in Elderly*, în *New York Times*, 5 septembrie 1999.
Ritterbush, Philip C., *Overtures to Biology: The Speculations of Eighteenth-Century Naturalists*, Yale University Press, New Haven, Conn., 1964.
Roan, Shari, *Magic Pill or Minor Hope?*, în *Los Angeles Times*, 14 iunie 1999.
Robbins, Jim, *Wired for Miracles?*, în *Psychology Today* 31, nr. 3 (1998), pp. 40–76.
Robinson, James Harvey, *Petrarch: The First Scholar and Man of Letters*, G.R. Putnam's Sons, New York, 1909.
Robinson, Nicholas, *A New System of the Spleen, Vapours, and Hypochondriack Melancholy*, A. Bettewworth, W. Innys, and C. Rivington, Londra, 1729.
Roccatagliata, Giuseppe, *A History of Ancient Psychiatry*, Greenwood Press, New York, 1986.
Rodgers, L.N. şi D.A. Regier (ed.), *Psychiatric Disorders in America: The Epidemiologic Catchment Area Study*, Free Press, New York, 1991.
Rogers, E.S. *et al.*, *A benefit-cost analysis of a supported employment model for persons with psychiatric disabilities*, în *Evaluation and Program Planning* 18, nr. 2 (1995), pp. 105–115.
Romach, M.K. *et al.*, *Long-term codeine use is associated with depressive symptoms*, în *Journal of Clinical Psychopharmacology* 19, nr. 4 (1999), pp. 373–376.
Rose, Henry, *An Inaugural Dissertation on the Effects of the Passions upon the Body*, William W. Woodward, Philadelphia, 1794.
Rose, R.M. *et al.*, *Endocrine Activity in Air Traffic Controllers at Work. II. Biological, Psychological and Work Correlates*, în *Psychoneuroendocrinology* 7 (1982), pp. 113–123.
Rose, William, *From Goethe to Byron: The Development of "Weltschmerz" in German Literature*, George Routledge & Sons, Londra, 1924.
Rosen, David H., *Transforming Depression*, Penguin Books, New York, 1993.
Rosen, Laura Epstein şi Xavier Francisco Amador, *When Someone You Love Is Depressed*, Free Press, New York, 1996.
Rosen, Peter *et al.* (ed.), *Emergency Medicine: Concepts and Clinical Practice*, ediţia a IV-a, 3 vol., Mosby, St. Louis, Mo., 1998.

Rosenfeld, Alvin *et al.*, *Psychiatry and Children in the Child Welfare System*, în *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 7, nr. 3 (1998), pp. 515–536.
Rosenthal, Norman E., *Diagnosis and Treatment of Seasonal Affective Disorder*, în *Journal of the American Medical Association* 270, nr. 22 (1993), pp. 2717–2720.
——, *Winter Blues*, Guilford Press, New York, 1993.
——, *St. Johns Wort*, HarperCollins, New York, 1998.
Rosenthal, Norman E. *et al.*, *Seasonal Affective Disorder*, în *Archives of General Psychiatry* 41 (1984), pp. 72–80.
Rossow, I., *Alcohol and suicide—beyond the link at the individual level*, în *Addiction* 91 (1996), pp. 1463–1469.
Rothman, David J. şi Sheila M. Rothman, *The Willowbrook Wars*, Harper & Row, New York, 1984.
Roukema, Marge (membră a Camerei Reprezentanţilor), *Capitol shootings could have been prevented*, în *New Jersey Herald*, 16 august 1998.
Roukema, Marge (membră a Camerei Reprezentanţilor) *et al.*, *Mental Health Parity Act of 1996 (H.R. 4058)*, Camera Reprezentanţilor.
——, *Mental Health and Substance Abuse Parity Amendments of 1998 (H.R. 3568)*, Camera Reprezentanţilor.
Rounsaville, Bruce J. *et al.*, *Psychiatric Diagnoses of Treatment-Seeking Cocaine Abusers*, în *Archives of General Psychiatry* 48 (1991), pp. 43–51.
Roy, Alec *et al.*, *Genetics of Suicide in Depression*, în *Journal of Clinical Psychiatry* supl. 2 (1999), pp. 12–17.
Rubin, Julius H., *Religious Melancholy and Protestant Experience in America*, Oxford University Press, Oxford, 1994.
Rush, Benjamin, *Benjamin Rush's Lectures on the Mind*, Eric T. Carlson, Jeffrey L. Wollock şi Patricia S. Noel (ed.), American Philosophical Society, Philadelphia, 1981.
——, *Medical Inquiries and Observations*, ediţia a III-a, 4 vol., Mathew Carey *et al.*, Philadelphia, 1809.
——, *Medical Inquiries and Observations upon the Diseases of the Mind*, Grigg and Elliot, Philadelphia, 1835.
Rutter, Michael şi David J. Smith (ed.), *Psychosocial Disorders in Young People*, John Wiley & Sons, England şi New York, 1995.
Ryabinin, Audrey, *Role of Hippocampus in Alcohol-Induced Memory Impairment: Implications from Behavioral and Immediate Early Gene*

Studies, în *Psychopharmacology* 139 (1998), pp. 34–43.
Ryan, Neal *et al.*, *Imipramine in adolescent major depression: Plasma level and clinical response*, în *Acta Psychiatrica Scandinavica* 73 (1986), pp. 275–288.
Sack, David *et al.*, *Deficient Nocturnal Surge of TSH Secretion During Sleep and Sleep Deprivation in Rapid-Cycling Bipolar Illness*, în *Psychiatry Research* 23 (1987), pp. 179–191.
Sacks, Oliver, *Seeing Voices*, University of California Press, Berkeley, 1989.
Sackein, Harold *et al.*, *A Prospective, Randomized, Double-Blind Comparison of Bilateral and Right Unilateral Electroconvulsive Therapy at Different Stimulus Intensities*, în *Archives of General Psychiatry SI*, nr. 5 (2000), pp. 425–434.
Safran, Jeremy D., *Breaches in the Therapeutic Alliance: An Arena for Negotiating Authentic Relatedness*, în *Psychotherapy* 30 (1993), pp. 11–24.
——, *Widening the Scope of Cognitive Therapy*, Jason Aronson, Northvale, N.J., 1998.
——, *Faith, Despair, Will, and the Paradox of Acceptance*, în *Contemporary Psychoanalysis* 35, nr. 1 (1999), pp. 5–23.
Sakado, K. *et al.*, *The Association between the High Interpersonal Sensitivity Type of Personality and a Lifetime History of Depression in a Sample of Employed Japanese Adults*, în *Psychological Medicine* 29, nr. 5 (1999), pp. 1243–1248.
Saloman, Charlotte, *Charlotte Saloman: Life? or Theatre?*, Waander Publishers, Zwolle (Olanda), 1998.
Sameroff, A.J., R. Seifer şi M. Zax, *Early development of children at risk for emotional disorder*, în *Monographs of the Society for Research in Child Development* 47, nr. 7 (1982).
Sanchez, C. *et al.*, *The role of serotonergic mechanisms in inhibition of isolation-induced aggression in male mice*, în *Psychopharmacology* 110, nr. 1–2 (1993), pp. 53–59.
Sandfort, T.G. *et al.*, *Same-Sex Sexual Behavior and Psychiatric Disorders: Findings from the Netherlands Mental Health Survey and Incidence Study (NEMESIS)*, în *Archives of General Psychiatry* 58, nr. 1 (2001), pp. 85–91.
Sands, James R. *et al.*, *Psychotic Unipolar Depression at Follow-Up: Factors Related to Psychosis in the Affective Disorders*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 995–1000.
Sapolsky, Robert, *Stress in the Wild*, în *Scientific American* 262, nr. 1 (1990),

pp. 116–123.
——, *Social subordinance as a marker of hypercortisolism: Some unexpected subtleties*, în *Annals of the New York Academy of Sciences 111* (1995), pp. 626–639.
Sapolsky, Robert *et al.*, *Hippocampal damage associated with prolonged glucocorticoid exposure in primates*, în *Journal of Neuroscience* 10, nr. 9 (1990), pp. 2897–2902.
Sartre, Jean-Paul, *Being and Nothingness*, trad. engl. de Hazel E. Barnes, Washington Square Press, New York, 1966.
——, *Nausea*, trad. engl. de Lloyd Alexander, New Directions, New York, 1964.
Satel, Sally L., *Mentally Ill or Just Feeling Sad?*, în *New York Times*, 15 decembrie 15, 1999.
Savage, George H., *Insanity and Allied Neuroses: Practical and Clinical*, Henry C. Lea's Son & Co., Philadelphia, 1884.
Schaffer, Carrie Ellen *et al.*, *Frontal and Parietal Electroencephalogram Asymmetry in Depressed and Nondepressed Subjects*, în *Biological Psychiatry* 18, nr. 7 (1983), pp. 753–762.
Schelling, Friedrich Wilhelm Joseph von, *On the Essence of Human Freedom*, în *Sämmtliche Werke*, vol. 7, Cotta, Stuttgart, 1856–1861.
Schiesari, Juliana, *The Gendering of Melancholy*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1992.
Schildkraut, J.J., *The Catecholamine Hypothesis of Affective Disorders: A Review of Supporting Evidence*, în *American Journal of Psychiatry* 122 (1965), pp. 509–522.
Schleiner, Winfried, *Melancholy, Genius, and Utopia in the Renaissance*, in Kommission bei Otto Harrassowitz, Wiesbaden, 1991.
Schopenhauer, Arthur, *Complete Essays of Schopenhauer*, trad. engl. de T. Baily Sanders, Willey Book Co., New York, 1942.
——, *Essays and Aphorisms*, trad. engl. de R.J. Hollingdale (ed.), Penguin Books, Londra, 1970.
——, *The Works of Schopenhauer*, Will Durant (*ed.*), Simon & Schuster, New York, 1931.
——, *The World as Will and Representation*, vol. 2, trad. engl. de E.F.J. Payne, Dover Publications, New York, 1958.
Schrambling, Regina, *Attention Supermarket Shoppers!*, în *Food and Wine*, octombrie 1995.

Schrof, Joannie M. şi Stacey Schultz, *Melancholy Nation*, în *U.S. News & World Report*, 8 martie 1999, pp. 56–63.
Schuckit, Marc, *A Long-Term Study of Sons of Alcoholics*, în *Alcohol Health & Research World* 19, nr. 3 (1995), pp. 172–175.
——, *Response to Alcohol in Daughters of Alcoholics: A Pilot Study and a Comparison with Sons of Alcoholics*, în *Alcohol & Alcoholism* 35, nr. 3 (1999), pp. 242–248.
Scott, Sarah, *Workplace Secrets*, în *MacLeans*, 1 decembrie 1997.
Screech, M.A., *Montaigne & Melancholy*, Gerald Duckworth, Londra, 1983.
Scull, Andrew, *Social Order/Mental Disorder: Anglo-American Psychiatry in Historical Perspective*, University of California Press, Berkeley, 1989.
Searle, John. R., „Consciousness“ (manuscris).
Segal, Boris şi Jacqueline Stewart, *Substance Use and Abuse in Adolescence: An Overview*, în *Child Psychiatry and Human Development* 26, nr. 4 (1996), pp. 193–210.
Seligman, Martin, *Learned Optimism*, Simon & Schuster, New York, 1990.
Shaffer, D. *et al.*, *Sexual Orientation in Adolescents Who Commit Suicide*, în *Suicide and Life Threatening Behaviors IS*, supl. 4 (1995), pp. 64–71.
——, *The NIMH Diagnostic Interview Schedule for Children Version 2.3 (DISC- 2.3): Description, acceptability, prevalence rates, and performance in the MECA Study. Methods for the Epidemiology of Child and Adolescent Mental Disorders Study*, în *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry* 35, nr. 7 (1996), pp. 865–877.
Shakespeare, William, *The Complete Works*, G.B. Harrison (ed.), Harcourt, Brace & World, New York, 1968.
——, *Hamlet*, Penguin Books, New York, 1987.
Shaw, Fiona, *Composing Myself*, Steerforth Press, South Royalton, Vt., 1998.
Sheehan, Susan, *Is There No Place on Earth for Me?*, Vintage Books, New York, 1982.
Shelley, Percy Bysshe, *The Complete Poems of Percy Bysshe Shelley*, Modern Library, New York, 1994.
Shem, Samuel, *Mount Misery*, Fawcett Columbine, New York, 1997.
Sherrington, C.S., *The Integrative Action of the Nervous System*, Cambridge University Press, Cambridge, 1947.
Shiromani, P. *et al.*, *Acetylcholine and the regulation of REM sleep*, în *Annual Review of Pharmacological Toxicology* 27 (1987), pp. 137–156.
Shneidman, Edwin S. (ed.), *Essays in Self-Destruction*, Science House, New

York, 1967.
——, *The Suicidal Mind*, Oxford University Press, New York, 1996.
Shorter, Edward, *A History of Psychiatry: From the Era of the Asylum to the Age of Prozac*, John Wiley & Sons, New York, 1997.
Showalter, Elaine, *The Female Malady: Women, Madness, and English Culture, 1830–1980*, Pantheon Books, New York, 1985.
Shute, Nancy *et al.*, *The Perils of Pills*, în *U.S. News & World Report*, 6 martie 2000.
Sickels, Eleanor M., *The Gloomy Egoist: Moods and Themes of Melancholy from Gray to Keats*, Columbia University Press, New York, 1932.
Silver, Cheryl Simon, împreună cu Ruth S. DeFries, pentru Academia Naţională de Ştiinţe, *One Earth, One Future: Our Changing Global Environment*, National Academy Press, Washington, D.C., 1990.
Simmons, William S., *Eyes of the Night: Witchcraft among a Senegalese People*. Little, Brown, Boston, 1971.
Simon, Bennett, *Mind and Madness in Ancient Greece: The Classical Roots of Modern Psychiatry*, Cornell University Press, Ithaca, N.Y., 1980.
Simon, Linda, *Genuine Reality: A Life of William James*, Harcourt Brace, New York, 1998.
Simpson, Jeffry A. şi W. Steven Rholes (ed.), *Attachment Theory and Close Relationships*, Guilford Press, New York, 1998.
Skultans, Vieda, *English Madness: Ideas on Insanity, 1580–1890*, Routledge & Kegan Paul, Londra,1979.
Sloman, Leon *et. al.*, *Adaptive Function of Depression: Psychotherapeutic Implications*, în *American Journal of Psychotherapy* 48, nr. 3 (1994).
Smith, C.U.M., *Evolutionary Biology and Psychiatry*, în *British Journal of Psychiatry* 162 (1993), pp. 149–153.
Smith, Jeffery, *Where the Roots Reach for Water*, North Point Press, New York, 1999.
Smith, K. *et al.*, *Relapse of Depression After Rapid Depletion of Tryptophan*, în *Lancet* 349 (1997), pp. 915–919.
Snow, C.R., *The Light and the Dark*, Penguin Books, Middlesex, England, 1962.
Soares, J. şi John Mann, *The functional neuroanatomy of mood disorders*, în *Journal of Psychiatric Research* 31 (1997), pp. 393–432.
Solomon, Jolie, *Breaking the Silence*, în *Newsweek*, 20 mai 1996.
Sontag, Susan, *Under the Sign of Saturn*, Farrar, Straus & Giroux, New York,

1980.
The Sorrow Is in My Heart… Sixteen Asian Women Speak about Depression, Commission for Racial Equality, Londra, 1993.
Spinoza, Baruch, *The Ethics of Spinoza*, Dagobert D. Runes (ed.), Citadel Press, New York, 1995.
Spitz, Herman H., *The Raising of Intelligence*, Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, N.J., 1986.
Spitz, René, *Anaclitic Depression*, în *Psychoanalytic Study of the Child* 2 (1946).
Spitz, René *et al. Anaclitic Depression in an Infant Raised in an Institution*, în *Journal of the American Academy of Child Psychiatry* 4, nr. 4 (1965), pp. 545–553.
Spungen, Deborah, *And I Don't Want to Live This Life*, Ballantine Books, New York, 1993.
Stabler, Sally R., *Vitamin B12 deficiency in the elderly: Current dilemmas*, în *American Journal of Clinical Nutrition 66* (1997), pp. 741–749.
Starobinski, Jean, *La Mélancolie au miroir*, conférences, essais et leçons du Collège de France, Julliard, Paris, 1989.
Stefan, Susan, *Preventative Commitment: The Concept and Its Pitfalls*, în *MPDLR* 11, nr. 4 (1987), pp. 288–302.
Stepansky, Paul E. (ed.), *Freud: Appraisals and Reappraisals*, 3 vol., Analytic Press, Hillsdale, N.J., 1988.
Sterne, Laurence, *The Life and Opinions of Tristam Shandy*, Penguin Books, New York, 1967.
Stevens, Anthony şi John Price, *Evolutionary Psychiatry: A New Beginning*, Routledge, Londra şi New York, 1996.
Stone, Gene, *Magic Fingers*, în *New York*, 9 mai 1994.
Stone, Michael H., *Healing the Mind: A History of Psychiatry from Antiquity to the Present*, Norton, New York, 1997.
Storr, Anthony, *Churchills Black Dog, Kafkas Mice, and Other Phenomena of the Human Mind*, Grove Press, New York, 1988.
Strupp, Hans şi Suzanne Hadley, *Specific vs. nonspecific factors in psychotherapy: A controlled study of outcome*, în *Archives of General Psychiatry* 36, nr. 10 (1979), pp. 1125–1136.
Styron, William, *Darkness Visible: A Memoir of Madness*, Jonathan Cape, Londra, 1991.
Substance Abuse and Mental Health Services Administration, „House

Appropriations Subcommittee Hearings“, 11 februarie 1999.
Sullivan, Mark D. *et al.*, *Depression, Competence, and the Right to Refuse Lifesaving Medical Treatment*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 971–978.
Summers, Montague (ed.), *The Malleus Maleficarum*, Dover Publications, New York, 1971.
Sutherland, Stuart, *Breakdown*, Oxford University Press, Oxford, 1998.
Swift, Jonathan, *Gullivers Travels*, Dover Publications, New York, 1996.
Szasz, Thomas, *The Second Sin*, Anchor Press, New York, 1973.
——, *Primary Values and Major Contentions*, Richard Vatz şi Lee Weinberg (ed.), Prometheus Books, New York, 1992.
——, *Cruel Compassion*, John Wiley & Sons, New York, 1994.
Talbot, Margaret, *Attachment Theory: The Ultimate Experiment*, în *New York Times Magazine*, 24 mai 1998.
Tan, Shawn, *Little Boy Blue*, în *Brave* (final edition), 1999.
Tannon, Deborah, *You Just Don't Understand*, Ballantine Books, New York, 1990.
Taylor, Shelley E., *Positive Illusions*, Basic Books, New York, 1989.
Taylor, Steve, *Durkheim and the Study of Suicide*, Macmillan Press, Londra, 1982.
Taylor, Steven *et al.*, *Anxiety Sensitivity and Depression: How Are They Related?*, în *Journal of Abnormal Psychology* 105, nr. 3 (1996), pp. 474–479.
Taylor, Verta, *Rock-A-By Baby: Feminism, Self Help, and Postpartum Depression*, Routledge, New York, 1996.
Tennyson, Alfred Lord, *Tennyson's Poetry*, Robert Hill, Jr. (ed.), W.W. Norton, New York, 1971.
Thakore, Jogin şi David John, *Prescriptions of Antidepressants by General Practitioners: Recommendations by FHSAs and Health Boards*, în *British Journal of General Practice* 46 (1996), pp. 363–364.
Thase, Michael, „Treatment of Alcoholism Comorbid with Depression“, prezentare la School of Medicine de la University of Pittsburgh.
Thompson, Tracy, *The Beast*, G.P. Putnam's Sons, New York, 1995.
Thomson, James, *The City of Dreadful Night*, Canongate Press, Edinburgh, 1993.
Thorne, Julia, *A Change of Heart*, HarperPerennial, New York, 1996.
Thorne, Julia *et al.*, *You Are Not Alone*, HarperPerennial, New York, 1993.

Tiller, William A., *Science and Human Transformation*, Pavior Publishers, Walnut Creek, Calif., 1997.
Tocqueville, Alexis de, *Democracy in America*, trad. engl. de George Lawrence, HarperCollins, New York, 1988.
Todorov, Tzvetan, *The Conquest of America: The Question of the Other*, trad. engl. de Richard Howard, Harper & Row, New York, 1984.
Tolley, Barbara, „The Languages of Melancholy in *Le Philosophe Anglais*“ (disertaţie).
Tolstoi, Lev, *Anna Karenina*, trad. engl. de Rosemary Edmonds, Penguin Books, Londra, 1978.
Tomarken, A.J. *et al.*, *Psychometric properties of resting anterior EEG asymmetry: Temporal stability and internal consistency*, în *Psychophysiology* 29 (1992), pp. 576–592.
Torrey, E. Fuller, *Nowhere to Go*, Harper & Row, New York, 1988.
Torrey, E. Fuller şi Mary Zdanowicz, *We need to ask again: Why do severely mentally ill go untreated?*, în *Boston Globe*, 1 august 1998.
——, *Why Deinstitutionalization Turned Deadly*, în *Wall Street Journal*, 4 august 1998.
Treisman, Glenn, „Psychiatric care of HIV-infected patients in the HIV-specialty clinic“ (manuscris).
Triggs, W.J. *et al.*, *Effects of left frontal transcranial magnetic stimulation on depressed mood, cognition, and corticomotor threshold*, în *Biological Psychiatry* 45, nr. 11 (1999), pp. 1440–1446.
Tsuang, Ming T. şi Stephen V. Faraone, *The Genetics of Mood Disorders*, Johns Hopkins University Press, Baltimore, 1990.
Turner, J.J.D. şi A.C. Parrott, *Is MDMA a Human Neurotoxin?: Diverse Views from the Discussants*, în *Neuropsychobiology* 42 (2000), pp. 42–48.
United States House of Representatives, Committee on Ways and Means, *Green Book*, 1998.
Valenstein, Elliot S., *Great and Desperate Cures*, Basic Books, New York, 1986.
van Bemmel, A.L., *The link between sleep and depression: The effects of antidepressants on EEG sleep*, în *Journal of Psychosomatic Research* 42, nr. 6 (1997), pp. 555–564.
van den Berg, J.H., *The Changing Nature of Man*, trad. engl. de H.F. Croes, Norton, New York,1961.
van der Post, Laurens, *The Night of the New Moon*, Penguin Books,

Middlesex, England, 1970.
Vartanian, Aram, *La Mettrie's L'Homme Machine*, Princeton University Press, Princeton, N.J., 1960.
Vasari, Giorgio, *Lives of the Artists*, 2 vol., Penguin Books, Londra, 1987.
Venter, Craig J. *et al.*, *The Sequence of the Human Genome*, în *Science* 291, nr. 5507 (2001), pp. 1304–1351.
Vicari, Eleanor Patricia, *The View from Minerva's Tower: Learning and Imagination in "The Anatomy of Melancholy"*, University of Toronto Press, Toronto, 1989.
Virkkunen, M. *et al.*, *Personality Profiles and State Aggressiveness in Finnish Alcoholics, Violent Offenders, Fire Setters, and Healthy Volunteers*, în *Archives of General Psychiatry* 51 (1994), pp. 28–33.
Volk, S.A. *et al.*, *Can response to partial sleep deprivation in depressed patients be predicted by regional changes of cerebral blood flow?*, în *Psychiatry Research* 75, nr. 2 (1997), pp. 67–74.
Volkow, Nora *et al.*, *Cerebral Blood Flow in Chronic Cocaine Users: A Study with Positron Emission Tomography*, în *British Journal of Psychiatry* 152 (1988), pp. 641–648.
——, *Effects of Chronic Cocaine Abuse on Postsynaptic Dopamine Receptors*, în *American Journal of Psychiatry* 147 (1990), pp. 719–724.
——, *Brain Imaging of an Alcoholic with MRI, SPECT, and PET*, în *American Journal of Physiological Imaging* 3/4 (1992), pp. 194–198.
——, *Long-Term Frontal Brain Metabolic Changes in Cocaine Abusers*, în *Synapse* 11 (1992), pp. 182–190.
——, *Imaging Brain Structure and Function*, în *Annals of the New York Academy of Sciences* 820 (1997), pp. 41–56.
——, *Imaging studies on the role of dopamine in cocaine reinforcement and addiction in humans*, în *Journal of Psychopharmacology* 13, nr. 4 (1999), pp. 337–345.
——, *Addiction, a Disease of Compulsion and Drive: Involvement of the Orbitofrontal Cortex*, în *Cerebral Cortex* 10 (2000), pp. 318–325.
Voltaire, *Candide*, trad. engl. de John Butt, Penguin Books, New York, 1947.
Waal, Frans de, *Good Natured*, Harvard University Press, Cambridge, 1996.
Waddington, John şi Peter Buckley (ed.), *The Neurodevelopmental Basis of Schizophrenia*, R.G. Landes, Londra, 1996.
Walker, C.E. şi M.C. Roberts (ed.), *Handbook of Clinical Child Psychology*, ediţia a II-a, John Wiley & Sons, New York, 1992.

Watson, Paul J. şi Paul W. Andrews, „An Evolutionary Theory of Unipolar Depression as an Adaptation for Overcoming Constraints of the Social Niche“ (manuscris).
——, *Niche Change Model of Depression*, în *ASCAP* 11, nr. 5 (1998), pp. 17–18.
——, „Unipolar depression and human social life: An evolutionary analysis“ (manuscris).
Wehr, Thomas A., *Phase Advance of the Circadian Sleep-Wake Cycle as an Antidepressant*, în *Science* 206 (1979), pp. 711–713.
——, *Sleep Reduction as the Final Common Pathway in the Genesis of Mania*, în *American Journal of Psychiatry* 144, nr. 2 (1987), pp. 201–204.
——, *Sleep Loss: A Preventable Cause of Mania and Other Excited States*, în *Journal of Clinical Psychiatry* 50, supl. 12 (1989), pp. 8–16.
——, *Reply to Healy, D., Waterhouse, J.M.: The circadian system and affective disorders: Clocks or rhythms*, în *Chronobiology International* 7 (1990), pp. 11–14.
——, *Sleep-Loss as a Possible Mediator of Diverse Causes of Mania*, în *British Journal of Psychiatry* 159 (1991), pp. 576–578.
——, *Improvement of Depression and Triggering of Mania by Sleep Deprivation*, în *Journal of the American Medical Association* 267, nr. 4 (1992), pp. 548–551.
Wehr, Thomas A. *et al., 48-Hour Sleep-Wake Cycles in Manic-Depressive Illness*, în *Archives of General Psychiatry* 39 (1982), pp. 559–565.
——, *Eye Versus Skin Phototherapy of Seasonal Affective Disorder*, în *American Journal of Psychiatry* 144, nr. 6 (1987), pp. 753–757.
——, *Rapid Cycling Affective Disorder: Contributing Factors and Treatment Responses in 51 Patients*, în *American Journal of Psychiatry* 145 (1988), pp. 179–184.
——, *Treatment of a Rapidly Cycling Bipolar Patient by Using Extended Bedrest and Darkness to Promote Sleep*, în NIMH, Bethesda, Md., 1997.
——, *Melatonin Response to Seasonal Changes in the Length of the Night in SAD and Patient Controls*, în NIMH, Bethesda, Md.
Wehr, Thomas A. şi Norman E. Rosenthal, *Seasonality and Affective Illness*, în *American Journal of Psychiatry* 146 (1989), pp. 829–839.
Weiner, Dora, *“Le Geste de Pinel”: The History of a Psychiatric Myth*, în *Discovering the History of Psychiatry*, Mark Micale şi Roy Porter (ed.), Oxford University Press, Oxford, 1994.

Weiner, Myron E. *et al.*, *Prevalence and Incidence of Major Depression in Alzheimer's Disease*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 1006–1009.
Weiss, Suzanne şi Robert Post, *Kindling: Separate vs. shared mechanisms in affective disorder and epilepsy*, în *Neuropsychology* 38, nr. 3 (1998), pp. 167–180.
Weissman, Myrna M., *IPT: Mastering Depression*, Graywind Publications, New York, 1995.
Weissman, Myrna M. *et al.*, *Cross-National Epidemiology of Major Depression and Bipolar Disorder*, în *Journal of the American Medical Association* 276, nr. 4 (1996), pp. 293–299.
——, *Offspring of Depressed Parents*, în *Archives of General Psychiatry* 54 (1997), pp. 932–940.
——, *Depressed Adolescents Grown Up*, în *Journal of the American Medical Association* 281, nr. 18 (1999), pp. 1707–1713.
——, *Prevalence of suicide ideation and suicide attempts in nine countries*, în *Psychological Medicine* 29 (1999), pp. 9–17.
——, *Comprehensive Guide to Interpersonal Psychotherapy*, Basic Books, New York, 2000.
Weissman, Myrna şi Eugene Paykel, *The Depressed Woman: A Study of Social Relationships*, University of Chicago Press, Chicago, 1974.
Weissman, S., M. Sabshin, H. Eist (ed.), *Psychiatry in the New Millenium*, American Psychiatric Press, Washington, D.C., 1999.
Wellon, Arthur, *Five Years in Mental Hospitals*, Exposition Press, New York, 1967.
Wells, Kenneth *et al.*, *Caring for Depression*, Harvard University Press, Cambridge, 1996.
——, *Impact of disseminating quality improvement programs for depression in managed primary care: A randomized controlled trial*, în *Journal of the American Medical Association* 283, nr. 2 (2000), pp. 212–220.
Wender, Paul *et al.*, *Psychiatric disorders in the biological and adoptive families of adopted individuals with affective disorder*, în *Archives of General Psychiatry* 43 (1986), pp. 923–929.
Wender, Paul şi Donald Klein, *Mind, Mood, and Medicine: A Guide to the New Biopsychiatry*, Farrar, Straus & Giroux, New York, 1981.
Wenzel, Siegfried, *The Sin of Sloth: Acedia*, University of North Carolina Press, Chapel Hill, 1967.

Wetzel, Richard şi James McClure Jr., *Suicide and the Menstrual Cycle: A Review*, în *Comprehensive Psychiatry* 13, nr. 4 (1972), pp. 369–374.
White, S.R. *et al.*, *The Effects of Methylenedioxymethamphetamine on Monoaminergic Neurotransmission in the Central Nervous System*, în *Progress in Neurobiology* 49 (1996), pp. 455–479.
Whooley, Mary A. şi Gregory E. Simon, *Managing Depression in Medical Outpatients*, în *New England Journal of Medicine* 343, nr. 26 (28 decembrie 2000), pp. 1942–1950.
Whybrow, Peter C., *A Mood Apart: Depression, Mania, and Other Afflictions of the Self*, Basic Books, New York, 1997.
Wilde, Oscar, *Complete Poetry*, Isobel Murray (ed.), Oxford University Press, Oxford, 1997.
——, *Complete Short Fiction*, Penguin Books, Londra şi New York, 1994.
Willcox, Monica şi David N. Sattler, *The Relationship Between Eating Disorders and Depression*, în *Journal of Social Psychology* 136, nr. 2 (1996), pp. 269–271.
Williams, J., Mark G., *The Psychological Treatment of Depression*, ediţia a II-a, Routledge, Londra, 1992.
Williams, Tennessee, *Five O'Clock Angel: Letters of Tennessee Williams to Maria St. Just, 1948–1982*, Alfred A. Knopf, New York, 1990.
Willis, Thomas, *Two Discourses Concerning the Soul of Brutes*, facsimil al ediţiei din 1683, trad. engl. de S. Pordage, Scholars' Facsimiles and Reprints, Gainesville, Fla., 1971.
Winerip, Michael, *Bedlam on the Streets*, în *New York Times Magazine*, 23 mai 1999.
Winnicott, D.W., *Home Is Where We Start From*, W.W. Norton, New York, 1986.
Winstead, Ted, „A New Brain: Surgery for Psychiatric Illness at Massachusetts General Hospital" (manuscris).
Winston, Julian, *Welcome to a Growing Health Care Movement*, în *Homeopathy: Natural Medicine for the 21st Century*, Julian Winston (ed.), National Center for Homeopathy, Alexandria, Va., 1993.
Wirz-Justice, A. *et al.*, *Sleep deprivation in depression: What we know, where do we go?*, în *Biological Psychiatry* 46, nr. 4 (1999), pp. 445–453.
Wittkower, Rudolph şi Margot Wittkower, *Born Under Saturn*, Norton, New York, 1963.
Wolf, Naomi R., *The Beauty Myth*, Chatto & Windus, Londra, 1990.

Wolkowitz, O.M. *et al.*, *Antiglucocorticoid treatment of depression: Double-blind ketoconazole*, în *Biological Psychiatry* 45, nr. 8 (1999), pp. 1070–1074.
Wolman, Benjamin B. (ed.), *Between Survival and Suicide*, Gardner Press, New York, 1976.
Wolpert, Lewis, *Malignant Sadness*, Free Press, New York, 1999.
Woolf, Leonard, *Beginning Again*, A Harvest/HBJ Book, San Diego, 1964.
Woolf, Virginia, *The Diary of Virginia Woolf*, vol. 3, Oliver Bell (ed.), Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1980.
——, *Jacobs Room*, A Harvest/HBJ Book, San Diego, 1950.
——, *The Letters of Virginia Woolf*, 6 vol., Nigel Nicolson şi Joanne Trautmann (ed.), Hogarth Press, Londra, 1980.
——, *To the Lighthouse*, Harcourt Brace Jovanovich, New York, 1981.
——, *The Years*, Hogarth Press, Londra, 1937.
Wordsworth, William, *Favorite Poems*, Dover Thrift Editions, Canada, 1992.
——, *The Prelude: Selected Poems and Sonnets*, Carlos Baker (ed.), Holt, Rinehart & Winston, New York, 1954.
World Health Oganization, *Prevention of Suicide*, Public Health Paper nr. 35, World Health Organization, Geneva, 1968.
——, *The World Health Report 1999*, World Health Oganization, Geneva, 1999.
Wortman, Marc, *Brain Chemistry*, în *Yale Medicine* 31, nr. 1 (1996), pp. 2–11.
Yapko, Michael D., *Hypnosis and the Treatment of Depression*, Brunner/Mazel Publishers, New York, 1992.
——, *Breaking the Patterns of Depression*, Doubleday, New York, 1997.
Yokel, R.A., *et al.*, *Amphetamine-type reinforcement by dopaminergic agonists in the rat*, în *Psychopharmacology* 58 (1978), pp. 282–296.
Young, Edward, *The Complaint, or Night-Thoughts*, 2 vol., Londra, 1783.
Zerbe, Jerome şi Cyril Connolly, *Les Pavilions of the Eighteenth Century*, H. Hamilton, Londra, 1962.
Zima, Bonnie *et al.*, *Mental Health Problems among Homeless Mothers*, în *Archives of General Psychiatry* 53 (1996), pp. 332–338.
Zubenko, George S. *et al.*, *Impact of Acute Psychiatric Inpatient Treatment on Major Depression in Late Life and Prediction of Response*, în *American Journal of Psychiatry* 151, nr. 7 (1994), pp. 987–993.
Zuess, Jonathan, *The Natural Prozac Program*, Three Rivers Press, New

York, 1997.
Zwillich, Todd, *Mental Illness and HIV Form a Vicious Circle*, International Medical News Group (fax).

Mulţumiri

La sfârşitul lunii decembrie 1999, o prietenă a constatat că sunt într-o dispoziţie foarte bună şi m-a întrebat cu ce mă ocup. I-am răspuns entuziasmat că tocmai stabilisem pentru ajunul Anului Nou o întâlnire la o clinică psihiatrică din zona rurală a Poloniei şi, de asemenea, că dădusem peste nişte însemnări despre sinucidere pe care crezusem că le-am pierdut. A clătinat îngrijorată din cap şi mi-a spus că nebunia asta trebuie să înceteze. Constat cu mare uşurare că am terminat cartea. Nebunia a contenit.

Se împlinesc doisprezece ani de când agentul meu, Andrew Wylie, îmi este alături. M-a preluat înainte ca eu să fi publicat vreo carte şi mi-a călăuzit toate strădaniile de maturitate. A fost un partizan neobosit al meu şi al lucrării de faţă; preţuiesc prietenia şi discernământul lui. Îi sunt, de asemenea, recunoscător Lizei Walworth, de la Wylie Agency, care a făcut ca toate acestea să aibă un început atât de plăcut, precum şi lui Jeff Posternak, care a înlesnit cu amabilitate toate măsurile pregătitoare ulterioare. Nan Graham, eminenta mea editoare din SUA, a fost mereu generoasă şi înţeleaptă şi a lucrat în deplin acord cu mine; a fost acel gen de persoană plină de entuziasm pe care am sperat totdeauna s-o găsesc. Brant Rumble, competentul ei asistent, a păstrat vie ideea ordinii în înfruntarea cu haosul. Alison Samuel, editoarea mea din Marea Britanie, a fost o cititoare excepţională şi o adeptă fidelă. Îi sunt recunoscător lui Pat Eiseman, pentru conducerea excelentă şi energică a echipei americane de publicitate, Giuliei Melucci, lui Beth Wareham şi celorlalţi care s-au ocupat de promovarea acestei cărţi, precum şi lui Patrick Hargadon, pentru publicitatea din Marea Britanie. Îi mulţumesc, de asemenea, lui Christopher Hayes, pentru coordonarea componentei de pe internet a activităţii de relaţii publice legate de *The Noonday Demon*. Mai vreau să-i mulţumesc avocatului meu, Chuck Googe, pentru migăloasa atenţie acordată contractelor mele.

Părţi din această carte au apărut, înainte de apariţie, în *The New Yorker*, *The New York Times Magazine* şi *Food and Wine*. Îi datorez mulţumiri Tinei Brown, pentru publicarea articolului *An Anatomy of Depression* în *The New Yorker*, în 1998. Cea mai mare recunoştinţă în ce priveşte acea revistă i-o

datorez redactorului meu, Henry Finder. Nimeni altcineva pe lumea asta nu are nobilul său tact, erudiţia, prudenţa şi devotamentul lui. Niciodată nu m-aş fi apucat de un subiect atât de greu dacă n-aş fi fost sigur de generoasa lui răbdare. O parte mai mică din această carte a apărut în *The New York Times Magazine*. Jack Rosenthal mi-a oferit un inestimabil suport la *Times*, iar Adam Moss mi-a sprijinit munca îndelungată pe subiectele depresiei, sărăciei şi politicii, fiindu-mi de folos în discernerea adevărului din spatele anecdotelor stufoase. Diane Cardwell m-a ajutat în punerea la punct a acestui material. Dana Cowin, în numele revistei *Food and Wine*, m-a trimis în momente-cheie la cel mai plăcut dintre numeroasele tratamente pe care le-am încercat, şi-i mulţumesc pentru acest privilegiu. Stephen Rossoff a avut amabilitatea să mă invite să-mi continuu cercetarea la Universitatea din Michigan, pentru *The University of Michigan Alumni Magazine*. Primele părţi ale acestei cărţi le-am scris în vreme ce am stat la Villa dei Pini a Fundaţiei Bogliasco din Liguria, în februarie 1998. Apreciez profund sprijinul generos al fundaţiei.

Pentru concursul lor la cercetarea pe care am făcut-o în Cambodgia, le mulţumesc lui Laurie Beckelman, Fred Frumberg, Bernard Krishna şi John Stubbs. Pentru ajutorul acordat activităţii mele din Groenlanda, le mulţumesc în special lui René Birger Christiansen şi Lisbet Lyager, precum şi lui Flemming Nicolaisen, Johanne Olson şi locuitorilor din Illiminaq. Sunt, de asemenea, recunoscător pentru sprijinul primit de la Erik Sprunk-Janssen şi Hanne Skoldager-Ravn, fără care n-aş fi putut să demarez proiectul din Groenlanda. Pentru colaborarea lor la activitatea mea din Senegal, le mulţumesc lui David Hecht şi Hélène Saivet, ale căror eforturi pentru mine au depăşit cu mult limitele îndatoririi sau prieteniei. Le sunt recunoscător Annei Applebaum şi lui Radek Sikorski, pentru pregătirile făcute în Polonia. Îi sunt îndatorat lui Enrico Marone-Cinzano, pentru că m-a ajutat mult la cercetarea din capitolul 6.

Atât prietenii, cât şi specialiştii din domeniu şi-au rezervat timp să comenteze primele versiuni ale acestei cărţi. Pentru munca extraordinară de pregătire pentru tipar, vreau să le mulţumesc celor mai atente cititoare: dr. Katherine Keenum şi dr. Claudia Swan. Atenţia lor excepţională a fost deopotrivă stimulantă şi nepreţuită, iar perspicacitatea şi dragostea lor mi-au permis să ajung la o oarecare claritate atât în gândire, cât şi în exprimarea acelor gânduri. Le sunt recunoscător, de asemenea, tuturor celor care au citit şi au comentat ultimele versiuni ale manuscrisului: dr. Dorothy Arnsten,

Sarah Billinghurst, Mary Bisbee-Beek, Christian Caryl, Dana Cowin, Jennie Dunham, dr. Richard A. Friedman, dr. Richard C. Friedman, dr. Rhonda K. Garelick, dr. David Grand, John G. Hart, dr. Steven Hyman, Eve Kahn, Fran Kiernan, Betsy Joly de Lotbinière, Sue Macartney-Snape, dr. David McDowell, Alexandra Munroe, dr. Randolph M. Nesse, dr. Julie S. Peters, Margaret Robbins, dr. Peter Sillem, Amanda Smithson, David Solomon, Howard Solomon, Bob Weil, Edward Winstead şi Helen Whitney.

Doresc să le mulţumesc lui Philippe de Montebello, Emily Rafferty şi Harold Holzer, pentru remarcabilul sprijin acordat acestui proiect şi pentru marea lor generozitate de a-mi oferi acces deplin la Metropolitan Museum of Art.

Le sunt îndatorat lui Eugene Cory, Carol Czarnecki şi Brave New Words, pentru transcrierea a peste zece mii de pagini de interviuri înregistrate pe casete. Apreciez sprijinul lui Fred Courtwright în vederea obţinerii acordului pentru materalele citate în această carte. Emma Lukic a căutat neobosit referinţe, şi-i apreciez ajutorul dat la cercetare.

Le sunt recunoscător numeroşilor specialişti care mi-au împărtăşit ideile când am început să lucrez la acest proiect. Dr. Frederick Eberstadt a petrecut mult timp cu mine şi m-a ajutat să cunosc mulţi oameni. Dr. Steven Hyman, de la Institutul Naţional pentru Sănătate Mintală (NIMH), a făcut ca el însuşi şi personalul de acolo să fie întru totul de disponibili pentru mine. Dr. Kay Redfield Jamison m-a sfătuit în privinţa primelor cercetări şi a avut amabilitatea să mă invite, în 1996, la conferinţa sa despre suicid. Dr. David McDowell a fost la fel de generos şi m-a îndrumat prin tainele lui American Psychiatric Association – un ajutor inestimabil. Sally Mink, de la Depression & Related Affective Disorders Association, care ţine de Johns Hopkins Hospital, a fost de o nesecată generozitate cu bogata ei corespondenţă şi ideile personale. Dr. Randolph Nesse a fost cel care m-a introdus în domeniul psihologiei evoluţioniste şi, ca atare, a avut o influenţă profundă asupra proiectului meu. Dr. Anne Stanwix mi-a pus la dispoziţie erudiţia ei plină de limpezime şi mi-a oferit multe dintre aforismele pe care le-am încorporat aici. Dr. Peter Whybrow mi-a semnalat, cu mare generozitate, multe dintre chestiunile generale de care mă ocup în această carte.

Este evident pentru oricine care citeşte acest text cât de mulţi alţi oameni mi-au acordat din timpul lor. N-am cum să-i înşir pe toţi cei ale căror idei şi concepţii au fost încorporate în ale mele, dar doresc să le mulţumesc celor cu care m-am întâlnit personal, pentru interviuri lungi, care au fost înregistrate

pe casete: dr. Dorothy Arnsten, dr. James Ballenger, dr. Richard Baron, Agata Bielik-Robson, dr. Poul Bisgaard, dr. George Brown, Deborah Bullwinkle, dr. René Birger Christiansen, dr. Deborah Christie, dr. Joyce Chung, dr. Miroslaw Dabkowski, Hailey Dart, dr. Richard Davidson, dr. J. Raymond DePaulo, senatorul Pete Domenici, Vicki Edgson, Laurie Flynn, dr. Ellen Frank, dr. Richard C. Friedman, dr. Edward Gardener, dr. David Grand, dr. John Greden, dr. Anna Halberstadt, dr. Emily Hauenstein, dr. M. Jabkowski, dr. Mieczyslaw Janiszewski, Karen Johnson, dr. Paramjit T. Joshi, Marcy Kaptur, membră a Camerei Reprezentanţilor, dr. Herbert Kleber, dr. Donald Klein, Gladys Kreutzman, Marian Kyner, dr. Bob Levin, dr. Reinhard Lier, dr. Juan López, Sara Lynge, dr. John Mann, dr. Melvin McGuiness, dr. Henry McCurtiss, dr. Jeanne Miranda, dr. William Normand, Phaly Nuon, Kristen Peilman, John Porter, membru al Camerei Reprezentanţilor, dr. Robert Post, dr. William Potter, senatorul Harry Reid, dr. Norman Rosenthal, Marge Roukema, membră a Camerei Reprezentanţilor, dr. Arnold Sameroff, senatorul Chuck Schumer, dr. Sylvia Simpson, dr. Colin Stine, dr. Glen Treismann, dr. Elliot Valenstein, dr. James D. Watson, senatorul Paul Wellstone, dr. Myrna Weissman, Bob Wise, membru al Camerei Reprezentanţilor, şi dr. Elizabeth Young.

Câtă vreme am lucrat la această carte, foarte mulţi oameni şi-au deschis inima în faţa mea şi mi-au spus povestea lor grea, m-am bucurat de încrederea lor şi am ajuns să mă bucur de prietenia multora dintre ei. Nici o altă lucrare din viaţa mea n-a fost atât de tristă, dar nici una nu m-a convins atât de mult că e posibilă comunicarea şi că lumea e un loc al strânsei prietenii. Mulţumiri cu adevărat extraordinare li se cuvin subiecţilor care mi-au îngăduit să le spun povestea în această carte: Laura Anderson, Janet Benshoof, Robert Boorstin, Brian D’Amato, Walt Devine, Sarah Gold, Ruth Ann Janesson, Amalia Joelson, Karen Johansen, Eve Kahn, Amelia Lange, Carlita Lewis, Betsy de Lotbinière, Martha Manning, Paul Bailey Mason, Theresa Morgan, Diéry Prudent, Lynn Rivers, Maggie Robbins, Joe Rogers, Joel P. Smith, Tina Sonego, Angel Starkey, Mark Weiss, precum şi persoanele pe care le-am numit Sheila Hernandez, Frank Rusakoff, Bill Stein, Danquille Stetson, Lolly Washington, Claudia Weaver şi Fred Wilson. Aceşti bărbaţi şi femei, şi mulţi alţii, mi-au relatat cu mărinimie poveştile lor dureroase; nu pot decât să nădăjduiesc că am oferit curajului lor o prezentare mulţumitoare.

Dat fiind că această carte este despre depresie, le mulţumesc, de asemenea,

celor fără de care nu mi-aş fi revenit destul de mult ca să-mi scriu povestea. Le sunt recunoscător numeroşilor medici de la care am primit tratament pentru depresie. Mă simt foarte norocos că mintea mea a ajuns pe mâini atât de pricepute. Munca medicilor a fost completată de generozitatea prietenilor, pe care n-o să-i înşir aici, dar care ştiu ei înşişi că au creat modalităţi ca să supravieţuiesc. Formula mea antidepresie ar include, în capul listei, iubirea pe care mi-au arătat-o aceşti oameni; sunt sinceri şi au inima bună, iar sfaturile lor blânde, bunul-simţ plin de înţelegere şi controlul raţional definesc spaţiul în care am putut să fiu, în deplină siguranţă, bolnav psihic. Le mulţumesc lui Juan şi Amandei Fernandez, a căror îngrijire şi atenţie iubitoare pe perioada scrisului mi-au dat libertatea să compun ceea ce doream.

Nu mai folosisem până la această carte un asistent de cercetare. Am fost nespus de norocos să-l găsesc pe talentatul artist Stephen Bitterolf, care a stat sute de ore departe de pânzele sale şi a lucrat la *The Noonday Demon* la fel de sârguincios ca mine. Oricare ar fi gradul de rigurozitate pe care l-am atins aici, acesta n-ar fi fost posibil fără rigurozitatea lui; iar multe dintre ideile mele au luat forma ideilor lui. Cartea de faţă n-ar putea să existe în această înfăţişare fără contribuţia lui. În plus, s-a dovedit a fi un om de caracter; umorul, afecţiunea şi bunătatea lui au fost pentru mine o permanentă sursă de bucurie.

Tata avea şaizeci şi şapte de ani când am avut primul episod depresiv. Merită laude nu numai pentru iubirea şi generozitatea lui, ci şi pentru flexibilitatea minţii şi spiritului său, care i-a permis în mod consecvent să-mi înţeleagă şi să-mi ţină, în aceşti ultimi şase ani, maladia sub control. N-am cunoscut pe nimeni care să reunească atât de frumos vitalitatea imaginativă a tinereţii şi preţuita înţelepciune a bătrâneţii. Mi-a fost totdeauna sprijin nesecat şi marea mea inspiraţie. I-am dedicat din toată inima această carte.